Política de Saúde

o público e o privado

Catalina Eibenschutz (org.)

POLÍTICA DE SAÚDE:

O PÚBLICO E O PRIVADO

Catalina Eibenschutz (org.)

EDITORA FIOCRUZ

Política de Saúde: O Público e o Privado

Política de Saúde: O Público e o Privado

Catalina Eibenschutz (org.)

Autores

Belmartino, Susana
Pesquisadora e professora titular da Universidade Nacional de Rosário e do Centro de Estudios Sanitarios e Sociales (CESS) — Argentina

Berlinguer, Giovanni
Professor titular da Faculdade de Ciências da Universidade "La Sapienza" de Roma

Bodek, Claudia
Professora da Universidad Pedagógica Nacional — México

Campos, Gastão Wagner de Souza
Professor e pesquisador da Universidade de Campinas — São Paulo

Cohn, Amélia
Docente do deptartamento de Medicina Preventiva da USP e pesquisadora do CEDEC, São Paulo

Costa, Nilson do Rosário
Pesquisador e professor da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/ FIOCRUZ), e professor da Universidade Federal Fluminense — Rio de Janeiro

Dâmaso, Romualdo
Instrutor do Centro Internacional de Educação Vitalícia — São Paulo, pesquisador assistente da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/ FIOCRUZ), Rio de Janeiro

Eibenshutz, Catalina (org.)
Professora Titular e pesquisadora da Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, México D.F.

Fleury, Sonia
Pesquisadora adjunta da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/ FIOCRUZ) e professora da Fundação Getúlio Vargas — Rio de Janeiro

Giovanella, Ligia
Pesquisadora e Professora assistente da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/ FIOCRUZ) — Rio de Janeiro

Laurell, Asa Cristina
Professora titular e pesquisadora da Universidad Autónoma Metropolitana — Xochimilco, México D.F.

Lerner, Laura
Professora da Universidad de Buenos Aires — Argentina

Díaz Polanco, Jorge
Professor e pesquisador do Centro de Estudios del Desarrollo (CENDES) da Universidad Central de Venezuela

Possas, Cristina
Professora da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e pesquisadora do Núcleo de Estudos em Ciência e Tecnologia da FIOCRUZ — Rio de Janeiro.

Rajs, Danuta
Servicio de Medicina Legal, Santiago de Chile

Ramos, Célia Leitão
Professora adjunta da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/ FIOCRUZ) — Rio de Janeiro

Tamez, Silvia
Professora e pesquisadora titular da Universidad Autónoma Metropolitana — Xochimilco, México

Ugá, Maria Alícia Domínguez
Professora assistente da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ) — Rio de Janeiro

Yocelevzky , Ricardo
Professor e pesquisador da Universidad Autónoma Metropolitana — Xochimilco, México D.F.

Sumário

PARTE III

Serviços de Saúde: Acesso, Processos, Avaliação, Aspectos Econômicos, Descrição de Caso

PARTE IV

Reflexões sobre a Saúde, o Poder, a Ideologia e as Mudanças

PARTE V

Saúde e Atores Sociais, as Faces da Cidadania: Análises da Gestão Pública, o Controle Social dos Serviços e a Participação do Movimento Sindical

Apresentação

Este libro recoge algunas de las ponencias presentadas en el II Seminario Latinoamericano de Política Sanitaria, cuyo tema fue la articulación público/privada en los Sistemas de Salud de América Latina. El Seminario se desarrolló del 22-24 de marzo de 1993, en México D.F., auspiciado por la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

Estos ensayos expresan el avance colectivo de un grupo de trabajo de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) y no únicamente el de cada uno de los investigadores, quienes decidimos colectivamente, durante el I Seminario en Río de Janeiro, Brasil[1], profundizar más en el estudio concreto de la realidad de los Servicios de Salud en cada país.

Analizamos conjuntamente cuál era el rasgo más característico en la evolución reciente de los sistemas de salud en América Latina y concluímos que era el proceso privatizador resultante del modelo neoliberal, por tanto, decidimos que el tema del II Seminario fuera *La articulación público/privada de los Sistemas de Salud en América Latina*.

Como se verá en cada trabajo de este libro, el sector privado de los Sistemas Nacionales de Salud (SNS), tiene una dinámica diferente en cada país, pero a partir de la década de los 80's su participación en la Atención Médica ha crecido significativamente en todos los países.

Esta coexistencia de servicios de salud públicos y privados ha sido llamada "mix público privado" por las agencias internacionales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial (BM); pero nosotros decidimos llamarla **articulación público/privada**, pues esta denominación crea el espacio para determinar las formas precisas y complejas de relación entre los servicios y no hablar simplemente de la "mezcla" de servicios, que

1 Este Seminário se realizó en Rio de Janeiro, Brasil en 1990, los trabajos presentados fueron publicados en México en el libro: Fleury, S. (Comp.) Estado y Políticas Sociales en América Latina. Edit. UAM-X/FIOCRUZ. 1992. México.

implica un intento de establecer cierta igualdad y neutralidad de ambos sectores (público y privado) en cuanto a la Atención Médica se refiere.

Después de un largo período de lucha (1960-1990) por el derecho a la salud, concebido como un derecho ciudadano y una responsabilidad del Estado, que incluye valores sociales como la universalidad y la solidaridad ciudadana, nos enfrentamos de hecho a una corriente fuerte de planificadores y formuladores de Políticas de Salud, quienes sostienen que el "mix público/privado" de los servicios de salud es la solución para mejorar la calidad y la eficiencia de la Atención Médica.

En esta nueva arena de la discusión político-académica en Salud, y en tiempos de democracia, la Medicina Social tiene que saber dialogar con conocimientos, con elementos claros, con cifras y números, para continuar luchando por una Atención a la Salud más justa y por una sociedad más feliz.

Nos parece adecuado investigar en este campo, sin prejuicios ni sectarismos, y sin abandonar el principio de que la salud es un derecho ciudadano. Reconocemos que las profundas desigualdades socioeconómicas características de todas las sociedades latinoamericanas dificultan una solución simple de corte técnico, basada únicamente en garantizar el acceso, o en las leyes del mercado y la competencia.

Con esta decisión aceptamos el desafío científico y político de repensar todo, inclusive nuestra propia práctica, lo cual requiere gran creatividad y cierto atrevimiento.

Al debate moderno en el que intervenimos, lo limitan y esquematizan por un lado las posiciones extremas del libre juego del mercado, y por otro, las de un estatismo a ultranza como única expresión de lo "público", Esta polarización no pretende desconocer que hay una diversidad de posiciones entre los extremos así definidos.

Este II Seminario representó una primera respuesta al desafío y este libro es un intento del grupo por socializar los resultados y propiciar la discusión de estos temas.

La orientación de los trabajos es diversa: algunos son fundamentalmente teóricos, otros tienen un enfoque macrosocial, otros son más concretos, algunos técnicos, otros filosóficos, pero todos expresan su preocupación por temas como lo público y lo privado, inequidad, desigualdad, ciudadanía, participación de la población, poder, trabajo médico, y seguros privados.

No parten de una posición teórica única, muy por el contrario hay posiciones encontradas que durante el desarrollo del Seminario propicia-

ron una discusión a veces acalorada que, no obstante, consiguió un avance significativo.

La problemática de la mayoría de los trabajos de este libro, gira alrededor del modelo neoliberal latinoamericano y su impacto en la realidad de la Atención a la Salud en varios países.

La conferencia inaugural de G. Berlinguer orientó la discusión durante el Seminario en el sentido de la ética, la democracia y la crítica constructiva.

Laurell nos proporciona un panorama general de las formas de articulación público/privada de los servicos de salud en el contexto privatizador del modelo neoliberal, así como del nuevo papel del Estado y de las perspectivas económicas de estos modelos para la acumulación de capital.

Fleury discute las transformaciones de la Seguridad Social en America Latina en este siglo, a la luz de los diferentes modelos adoptados, enmarcados en dos grandes paradigmas (el universal- publicista y el liberal-productivista), para concluir que los modelos propuestos indican readecuaciones de la política social a una creciente segmentación de la sociedad.

Eibenschutz sugiere algunas ideas alrededor del problema del poder, las relaciones de poder y la ciudadanía como categorías centrales para una modificación de la praxis teórica y la política que permita contrarrestar la tendencias hacia el aumento de las inequidades en salud que produce la creciente privatización de la vida y los servicios.

En el mismo sentido Dâmaso sugiere la creación de una verdadera "Ciudadanía Sanitaria" que recupere una dimensión ética y moral de nuevo tipo, pasando por el sujeto, sus deseos y su palabra. Todo ello desarrollado con originalidad y de la manera literaria y poética que siempre caracteriza sus aportes.

Varios artículos analizan situaciones concretas en cada país desde diferentes aproximaciones teóricas y tomando diferentes categorías para el análisis, ordenadas por país.

El trabajo de Belmartino presenta la situación de los Servicios de Salud en Argentina, la crisis de la década de los ochenta y los cambios en la organización y financiamiento para superar la crisis, y analiza los procesos políticos que los determinaron através de un hilo conductor que denomina los "pactos constitutivos" en diferentes periodos, para finalizar en la hegemonía las fuerzas del mercado con su secuela de injusticia y marginación social.

Sobre Argentina también y de manera similar, Lerner presenta un

análisis de las transformaciones de los servicios y las políticas sociales que llevan a una redefinición del Estado y se concretan más que en un "mix" público-privado, en una verdadera demarcación de lo público y de lo privado.

El grupo brasileño está fuertemente representado en el libro, por tratarse del país donde la Reforma Sanitaria fué propuesta y conducida por un movimiento sanitario que incluyó a reconocidos intelectuales y estudiosos en el campo, quienes han logrado avanzar en la conducción y la crítica de su propio proyecto.

Giovanella y Fleury analizan la política sanitaria de Brasil en función de la centralidad de la categoría *acceso universal* que ha llevado a redefinir la articulación público-privada con una preponderancia de los intereses privados y una dinámica perversa que redujo el derecho a la salud, al acceso universal a la asistencia médica pública.

Wagner de Sousa Campos analiza críticamente algunas dificultades en la consolidación de la Reforma Sanitaria de Brasil y propone avanzar mediante una propuesta original sobre el modelo de atención a la salud, entendido como un espacio de mediaciones entre lo político y lo técnico, en permanente cambio y tensión, donde la "producción de los sujetos sociales" abre un espacio a la subjetividad, a la representación de intereses, al accionar de micropoderes y a repensar todo creativamente.

El espacio democrático creado por la Reforma Sanitaria através de la descentralización y las instancias de participación, permiten a Cohn reflexionar con base en la experiencia concreta de la administración del Municipio de Sao Paulo, para señalar los desafíos teórico-metodológicos y de práctica política que derivan de esta rica experiencia.

En el mismo espacio de participación Ramos recupera la experiencia de los Consejos de Salud, como el ámbito que permite la aparición y actuación de grupos de intereses que luchan por el control social de una manera más democrática.

El trabajo de Costa intenta explicar, las dificultades que tuvieron los procesos de innovación formulados para el sector salud en la década de los 80 en Brasil, atraves del tema de "organización de intereses" en la sociedad brasileña. Resalta la constitución de nuevas arenas de lucha, donde los actores sociales aseguran formas privilegiadas y exclusivas de acceso a los beneficios sociales.

En el caso de Chile (considerado como "ejemplo" de nuevas formas de articulación y financiamiento), Rajs describe y analiza la re- organización de los Servicios de Salud después de las modificaciones introduci-

das por la lógica de mercado, durante la dictadura de Pinochet y posteriormente, y demuestra su negativo y fuerte impacto sobre el acceso diferenciado a la atención médica.

En México, Tamez, Boder y Eibenschutz señalan la poca claridad respecto a la diversidad de procesos denominados "privatización" y analizan los datos concretos sobre el rápido crecimiento de la industria aseguradora, que se constituye en el principal instrumento de privatización de los Servicios de Salud en México.

Desde otra perspectiva Lozano discute las implicaciones de los conceptos igualdad y equidad, presenta una metodología para medir la inequidad en disponibilidad de servicios, en accesibilidad y en el financiamiento en el caso de México y anticipa algunas medidas dentro del sector salud para disminuir estas inequidades.

Díaz Polanco plantea las tendencias a la privatización de los servicios de salud en Venezuela y apunta una estrategia para contrarrestar una paradoja perversa que describe como el proceso en que el fortalecimiento de la sociedad civil se ha ido transformando en la privatización de la cosa pública.

Otros trabajos analizan algunos elementos del proceso privatizador y descentralizador en varios países y su relación con la situación y el debate en América Latina.

Dominguez Ugá revisa la tipología y algunas experiencias en lo referente a mecanismos de financiamiento, descentralización y privatización, llamando la atención sobre las insuficiencias de cada uno y sugiriendo la adopción de alternativas combinadas.

Possas hace un análisis de la estrategia privatizadora que el Banco Mundial ha propuesto para toda América Latina, y demuestra con un estudio de caso la inviabilidad de la misma en función de la realidad política y económica de Latinoamérica.

Yocelevsky resume las posiciones ideológicas confrontadas, entre "socialistas derrotados" y "modernizadores privatistas" y hace un llamado a tomar otras categorías que den "aire" a esta discusión viciada, sugiriendo algunas pistas para superar el carácter moralista e ideológico del debate.

Sin pretender que estos son *todos* los investigadores en el campo, si logramos reunir a un grupo representativo, que en este Libro intenta conducir al lector por el vericueto de la discusión de la "modernidad neoliberal y los servicios de salud".

Durante el Seminario, todos los asistentes discutieron con entusias-

mo y llegaron a los siguientes acuerdos y sugerenciais, que considero importante enumerar a continuación.

1) Se consideró muy positiva la presencia de Instituciones de Salud (IMSS, PEMEX, Serv. Médicos del DDF) y también la presencia de Compañías de Seguros Privados, en la mesa redonda a pesar de que no entregaron ponencia por escrito.

2) Se apuntó a la necesidad de plantear nuevas preguntas, para abordar los nuevos problemas de la realidad, como por ejemplo la necesidad de profundizar en la definición de lo público y lo privado y en las características específicas que asumen los procesos de privatización en los diferentes países.

3) Se señaló que la articulación público/privada no es una alternativa inventada por los asistentes a este Seminario, sino una realidad y un problema a estudiar en forma interdisciplinaria.

4) Se concluyó que las diversas modalidades de privatización tienen como común denominador la transformación de un derecho ciudadano en una mercancía.

5) En cuanto a los actores sociales y la ciudadanía se propusieron nuevos conceptos como: Poder, ciudadanía sanitaria, ciudadanía imperfecta, participación social y otros.

6) Se concluyó la necesidad de más ética en la política Sanitaria y más ciencia en el control de las enfermedades.

7) Se constató el crecimiento de los Seguros Privados de Salud, muy relacionados con la concentración del capital financiero en casi todos los países participantes.

8) Se constató que el sector privado depende fuertemente del público y que hay un fuerte traslado del gasto público al sector privado.

9) Se aportaron nuevos elementos para conceptualizar y medir la inequidad.

10) Se señaló la necesidad de recuperar algunas ventajas del neoliberalismo, sin que eso significara aceptar el modelo neoliberal como un todo.

11) Se concluyó que la única racionalización aceptable era el aumento de la eficacia y eficiencia en los servicios públicos, para garantizar el derecho ciudadano a la salud.

12) Se señaló la necesidad de proyectar hacia el futuro las necesidades de salud y no pensar únicamente en opciones inmediatistas como la diversificación del financiamiento y la contención de costos.

13) Se señaló que la crisis política y económica, no afecta solo al mundo socialista, sino que el mundo capitalista está sumido también en una profunda crisis de todo tipo.

14) Se discutió la complejidad de los conceptos público, privado y su articulación y se señaló la necesidad de profundizar en estos conceptos.

15) Se demostró en todos los casos presentes la existencia de un sector privado fuerte y en crecimiento, que intenta constituirse en polo hegemónico de la transformación de los Sistemas de Salud.

16) Se planteó la diferencia del modelo neoliberal en países desarrollados y en los del tercer mundo.

17) Se señaló que el triunfo de Clinton en Estados Unidos se podía interpretar como el primer signo del agotamiento del modelo neoliberal, sin que eso significara su fracaso inmediato. Este punto fue muy polémico y no fue compartido por la mayoría de los asistentes.

18) Se analizó el avance de la privatización en los diferentes países y se señalo que se deriva de una doble necesidad: a) favorecer las políticas de ajuste y b) impulsar la mercantilización de los sectores rentables de los Servicios de Atención a la Salud.

19) Se señaló que la privatización de lo público es esencialmente un proceso financiero ligado al cambio de modelo de acumulación y modernización económica, impulsado por el neoliberalismo.

Alternativas

1) Mantener dentro de las nuevas formas de articulación al privado como suplementario del público, sin perder los principios de solidaridad y universalidad de los sistemas de salud.

2) Promover la creación de un sector público no estatal, donde pueden considerarse las ONG, las filantrópicas, y un sector social no lucrativo.

3) Abandonar la dicotomía reduccionista de más estado o más mercado.

4) Retomar en el análisis el nivel macro, pero estudiar con detenimiento los niveles mediano y micro por su enorme riqueza y complejidad.

5) Retomar el control social del Sector público estatal, del público no estatal y del privado, dando una direccionalidad hacia la solidaridad y la universalidad.

6) Promover una ciudadanía completa que garantice el control social, luchar contra la contención salarial de los trabajadores de la salud porque favorece la privatización y estimular la movilización social por la salud.

Catalina Eibenschutz
septiembre 1994.
México D.F.

Agradecimentos

A la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco a través de su Rector Dr. Auedis Aznavurian A. por garantizar las condiciones para el desarrolo de este II Seminário.

A las siguientes instituciones por su colaboración para el evento: Oficina Panamericana de la Salud, Secretaria de Salud, Servicios Médicos de PEMEX, Instituto Mexicano de Seguridad Social, Fundación Friederich Ebert, Fundación Siglo XXI.

Ligia Giovanella, Sonia Fleury e Janete Romeiro de la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSP/FIOCRUZ) que hicieron posible la publicación de este libro.

15 anos errando pela América Latina*

Giovanni Berlinguer

A palavra "errar"

O título de minha apresentação pode parecer estranho. Quer referir-se ao fato de que 15 anos atrás comecei a ser convidado para encontros, aulas e cursos no México (pelo Mestrado em Medicina Social); no Brasil (pelo CEBES); na Costa Rica e em muitos outros países da América Latina.

Tem sido um intercâmbio cultural muito intenso e marcado pela reciprocidade. Tem sido também uma oportunidade para criar laços de uma profunda e verdadeira amizade, contra todas as regras e doutrinas que afirmam que isso é impossível após os 20-25 anos.

A palavra *errar* tem muitos sentidos. Segundo o *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*, de Aurélio Buarque de Holanda Ferreira (Editora Nova Fronteira, 2ª ed.), significa: vaguear, vagabundear, percorrer; cometer erros, enganar-se, falhar. Tenho viajado e vagueado muito, e também errado muito: sem dúvida na fala, provavelmente na substância dos meus discursos.

Mas tem uma diferença entre os primeiros anos do meu errar pela América Latina e os sucessivos. Para os primeiros anos tenho uma atenuante, pois pude elaborar, compartilhar e discutir criticamente duas experiências italianas dos anos 60 e 70 que têm sido profundas e originais:

- a ação sindical e científica para a saúde dos trabalhadores;
- o processo cultural e político da reforma sanitária que culminou na lei de 1978 e na criação do Serviço Sanitário Nacional.

E agora? Sobre a saúde dos trabalhadores o movimento sindical

---

* Tradução de Fermin Roland Schramm.

emudece; na reforma sanitária temos um retrocesso, tentativas e resultados de demolição.

As coordenadas políticas

Não é nada animador o fato de que isso tenha coincidido causalmente, e não só causalmente, com três fenômenos:

- A falência do "socialismo real", a crise das forças de esquerda e a proclamação da vitória do capitalismo real. Digo "proclamação" porque não acredito que a vitória de um sistema econômico-político possa ser avaliada unicamente com o mérito da influência econômica, militar e cultural. Muito mais substancial é a capacidade de resolver os maiores problemas da maioria da humanidade; neste sentido, o assim chamado "triunfo do capitalismo" os torna, de fato, mais graves.
- A dominação ideológica e prática do reaganismo-thatcherismo — uma filosofia tão integrista quanto o marxismo-leninismo. Seus ataques contra o *welfare state* não têm tido o objetivo de reequilibrar aqueles defeitos que as forças de esquerda deveriam ter criticado e corrigido há muito tempo: burocratização, desperdício, profissionalização, estatização. Seus ataques têm atuado com sucesso para abrir o campo dos serviços não a um setor privado competitivo (que poderia em princípio ser útil), mas sim especulativo e parasitário, com resultados negativos tanto no plano econômico quanto no plano, bem mais importante, da própria saúde. As conseqüências têm sido tão graves que tem se manifestado uma forte vontade coletiva em inverter esta tendência. Este fato tornou-se evidente sobretudo nos Estados Unidos, onde a criação de um sistema sanitário público foi um dos argumentos principais da campanha eleitoral e da vitória de Clinton.
- O poder, na Itália, de uma classe dirigente político-econômica corrompida. Esta tem transformado o governo central, e muitos governos locais, não num "Comitê de negócios da burguesia", mas numa segunda máfia; mais exatamente, num *racket* poderoso e difuso. Isso tem devastado o Estado, seu prestígio e sua eficiência em todos os campos, inclusive os serviços sanitários.

A situação italiana faz surgir algumas questões. Como pode isso ter

acontecido? O motivo principal é a permanência no Governo, durante quase meio século, dos mesmos partidos (e às vezes dos mesmos homens), criando um senso de onipotência e de impunidade. Após a derrota do Partido Comunista na U.R.S.S., México e Itália são os países no mundo (o México está certamente em primeiro lugar!) de maior duração dos mesmos partidos no poder. O que está acontecendo agora? De forma diferente, aquilo que aconteceu no Brasil: o povo tirou a confiança desta classe dirigente e pede para que sejam destituídos e processados os dez mil (ou talvez mais) pequenos, médios e grandes Collor de Mello italianos. Isso mostra que a ética pode ser um estímulo para a transformação da realidade, tão importante quanto a luta social.

A situação político-institucional italiana parece catastrófica. Mas era ainda pior um ou dois anos atrás, quando toda esta podridão existia, era conhecida mas não demonstrada, quando os juízes eram inertes e politicamente prevalecia a passividade. Agora temos processos contra corruptos e corruptores (inclusive o Ministro da Saúde De Lorenzo, protagonista da demolição do Serviço Sanitário Nacional, obrigado a demitir-se); temos uma grande mobilização da consciência popular para moralizar a vida pública; e temos, ao mesmo tempo, lutas e greves contra a política econômica do governo. Não sei quais serão as soluções, mas abriu-se uma fase que pode ser de profunda renovação.

A saúde: uma finalidade esquecida

Quais têm sido na Itália (mas também em outros países) os defeitos que abriram o caminho do regresso e do "neoliberalismo" em campo sanitário?

Em primeiro lugar, a perda do objetivo da própria saúde. Esta tem quase que desaparecido do horizonte do pensamento e da ação. Tenho tido esta preocupação, para a Itália, durante os anos imediatamente sucessivos a 1978, quando foi aprovada a Lei de Reforma Sanitária. Naquela ocasião pude constatar que o engajamento estava desviando-se e promovi, então, uma pesquisa sobre a ocupação do tempo de amigos e companheiros com cargos de direção. Resultou que um terço do tempo era dedicado a problemas administrativos e de gestão; um terço aos problemas de pessoal nos serviços; um terço a contatos políticos com seu partido político, com outros partidos ou com os sindicatos. Não existia, por razões

aritméticas e culturais, um quarto terço para se interessar com a saúde dos cidadãos, com seus direitos, com o funcionamento e a qualidade dos serviços.

Em segundo lugar, o ter sofrido, mas também aceito e talvez introjetado, a ofensiva totalizante do fundamentalismo monetarista, tão perigoso quanto os fundamentalismos religioso, filosófico ou étnico. Não falo das exigências de orçamento, do problema dos custos e dos financiamentos para os serviços sanitários, que são problemas reais sobre os quais devemos propor soluções práticas. Falo da tendência nefasta que consiste em enxergar a moeda como única medida de todas as coisas, que apaga qualquer finalidade humana. Por isso quero sintetizar o restante da minha conferência em quatro palavras: "mais ética, menos economia".

A reflexão ética obriga-nos a escolher. Obriga-nos a procurar, entre as várias soluções possíveis, quais são aquelas que correspondem não só a critérios de eficiência e de eficácia, ao equilíbrio entre custos e benefícios; mas sobretudo a exigências de prioridade, eqüidade, moralidade. Desenvolverei agora o tema partindo de algumas citações que podem parecer heterodoxas.

As prioridades da medicina segundo G. B. Shaw

A citação de George Bernard Shaw me foi lembrada por um artigo de Arnold S. Relman, antigo diretor do *New England Journal of Medicine*, numa corajosa intervenção que tem o título "What Market Values are Doing to Medicine", publicada no *Atlantic Monthly* de março de 1993. No prefácio do seu *The Doctor's Dilemma*, G. B. Shaw escreveu "*It is non the fault of our doctors that the medical service of the community, as at present provided for, is a murderous absurdity. That any sane nation, having observed that you could provide for the supply of bread by giving a pecuniary interest in baking for you, should go on to give a surgeon a pecuniary interest in cutting off your leg, is enough to make one despair of political humanity. But that is precisely what we have done. And the more appalling the mutilation, the more the mutilation is paid... Scandalized voices murmur that... operations are necessary. They may be. It may also be necessary to hang a man or pull down a house. But we take care not to make*

the hangman and the housebreaker the judges of that. If we did, no man's neck would be safe and no man's house safe".[1]

Parece-me que Shaw descreve bem, e de forma paradoxal, quem decide sobre as escolhas e sobre quais poderiam ser as prioridades em saúde. O fato de que hoje, junto aos médicos, sejam as companhias de seguro privado a decidir não muda esta tendência. Conseqüentemente, ano após ano, tem crescido o poder dos médicos sobre os indivíduos, mas tem diminuído seu poder sobre a doença. Nos países desenvolvidos os dois terços dos atos médicos já não têm nenhuma atuação sobre a saúde dos cidadãos, ao passo que nos países pobres seus atos, mesmo que mais atuantes, são muitas vezes invalidados por condições sociais altamente mórbidas. Estabelecer uma escala de prioridades, baseada na prevenção e nas exigências primárias de saúde da maioria da população, é sempre necessário, mas torna-se indispensável em tempos de escassez.

A eqüidade em saúde segundo Mark Twain

Sobre este tema quero citar as *Cartas da Terra*, de Mark Twain. Não se trata de um livro ateu, pois seu autor afirma que Deus existe. Contudo, ele afirma também que Deus é extremamente cruel. Espero que esta citação blasfema não ofenda ninguém; que os fantasmas da Inquisição (que residiam neste palácio antes de se tornar Faculdade de Medicina) não apareçam para me punir. Sobre a origem e a difusão das doenças, Mark Twain escreveu:

> *O ser humano é uma máquina, uma máquina automática formada por milhares de mecanismos complexos e delicados, que cumprem sua função de forma harmoniosa e perfeita... Para cada um desses milhares*

1 "Não é culpa dos nossos médicos se os serviços em saúde da comunidade, assim como são oferecidos atualmente, constituem um absurdo homicida. O fato de que qualquer reação saudável e equilibrada, após ter observado que pode-se assegurar o pão criando nos padeiros um interesse pecuniário em fazê-lo, possa também oferecer aos cirurgiões um interesse pecuniário em cortar vossa perna, é suficiente para desesperar da humanidade política. Mas é exatamente isso que temos feito. E pior é a mutilação, mais bem pago é o mutilador... Vozes escandalizadas murmuram que... as operações são necessárias. Pode ser. Pode ser também necessário enforcar um homem e demolir uma casa. Mas temos muito cuidado para que o enforcador e o demolidor não se tornem juízes dos seus atos. Se o fizermos, nenhum pescoço humano estaria mais seguro e nenhuma casa humana protegida" (N. do T.).

de mecanismos, Deus tem estudado um inimigo, cuja tarefa é a de atormentá-lo, afligi-lo, persegui-lo, danificá-lo, martirizá-lo com dores e sofrimentos, enfim, destruí-lo. E nenhum mecanismo tem sido esquecido...

Todos os agentes de morte, particularmente ferozes e inventados pelo criador, são invisíveis. Trata-se de uma idéia engenhosa, que durante milhares de anos impediu o homem descobrir a origem das doenças, frustrando seus esforços para dominá-las...

Observarei entre aspas que Deus tem sempre um cuidado especial para com os pobres. Nove décimos das doenças por ele inventadas são destinados aos pobres, que as recebem de fato. Os ricos têm somente aquilo que sobra".

Quando os micróbios se tornaram visíveis e demonstrou-se que Deus não era tão malvado, pois tinha afinal permitido aos humanos conhecê-los e combatê-los, a iniqüidade ficou. Isso tem sido confirmado por todas as estatísticas e sublinhado por Henry Sigerist ao escrever "Em todas as sociedades conhecidas, a incidência das doenças é amplamente determinada por fatores econômicos... o problema da saúde pública é, em última instância, político... a pobreza é a causa principal das doenças". Posteriormente Mc. Keown tem afirmado que "a pobreza não é uma causa direta da doença, mas o determinante principal que leva à doença".

Este esclarecimento é importante porque contém o convite a revelar as influências e os mecanismos patogênicos. Portanto, tendo em conta que a biologia das populações humanas é uma ciência que pode ser revolucionária, deveríamos confiar mais à epidemiologia do que à ideologia a crítica das iniqüidades sociais e a individualização das medidas sanitárias e políticas, necessárias para corrigir as iniqüidades em saúde. Para isso, devemos multiplicar as pesquisas, observando continuamente os fenômenos para assinalar com antecedência, sobretudo nos dias de hoje, as tendências dos indicadores de saúde. Citarei um só exemplo: os pediatras têm constatado na Espanha, durante os últimos anos, uma freqüência maior de nascidos vivos com baixo peso com relação ao peso médio ao nascer: isso significa um aumento da variação do peso ao nascer.

A moralidade da assistência sanitária segundo Bobbio e segundo Engelhardt Jr.

Sobre esta questão, muito controvertida, utilizarei duas citações opostas. Uma é de Norberto Bobbio, que afirma: *as necessidades transfor-*

mam-se em direitos quando se cria historicamente a possibilidade de satisfazê-las. Parece-me fora de dúvida que o desenvolvimento das forças produtivas, dos conhecimentos e das técnicas sanitárias, têm criado esta possibilidade. Certamente não podemos fornecer um novo coração, enquanto peça de reposição, a todo cardiopata grave; mas teríamos condições para garantir a assistência básica a toda a população.

A outra citação é de Hugo Tristram Engelhardt Jr., que no seu *The Foundations of Bioethics* escreve: *Não existe um direito humano fundamental para prover a assistência sanitária, nem para prover um mínimo aceitável de assistência sanitária... Num regime de livre mercado, só recebem tratamento aqueles que podem ter a assistência sanitária ou que a recebem benevolmente*.

Em maio de 1992 tive uma polêmica com Engelhardt em Roma, durante a *Assise Internazionale di Bioetica*. O tema era o mercado de órgãos para transplantes. Em particular, o transplante de rins. Trata-se de um fenômeno em expansão no mundo, de um caso extremo que mostra a que nível de abjeção humana pode chegar a transformação do mercado em regulador supremo de qualquer escolha. Engelhardt queria legitimar o mercado de partes do corpo humano em nome da liberdade de vender e comprar qualquer coisa; eu argumentei que este tipo de comércio é imoral, pois acontece entre sujeitos em posição de desigualdade; ou seja, que acontece exclusivamente tirando órgãos de pessoas pobres em países subdesenvolvidos para transplantes em pessoas ricas de países desenvolvidos. A possibilidade de comprar órgãos não só não alivia a pobreza, como também cria um interesse em mantê-la porque, desta forma, pode-se garantir um amplo e constante fornecimento de mercadoria humana: a única que os países subdesenvolvidos produzem em grande quantidade.

Falei de um caso limite. Mas trata-se também da metáfora daquilo que acontece a cada dia em cada país, onde a possibilidade de viver de forma saudável e de ter os cuidados em saúde em caso de doença é entregue às leis de mercado e não à afirmação dos direitos.

Algumas questões sobre o futuro

A excelente organizadora deste encontro, Catalina Eibenschutz, sabe que teria preferido falar no final do seminário, para poder antes escutar e em seguida discutir com vocês as alternativas em política sani-

tária. Agradeço-lhe pela honra de ter-me designado para dar esta conferência, que dedico a Juan César García, nosso amigo muito querido e mestre da Medicina Social na América Latina.

Sobre as alternativas, tenho só duas questões metodológicas:

- Parece-me possível que se realize uma inversão de tendência, uma linha pós-reaganiana e pós-thatcheriana em matéria de políticas sanitárias e sociais. Mesmo que não existam ainda grandes mutações na prática, a hegemonia cultural que tem caracterizado os anos 80 tem sido sacudida. A questão é, portanto, a seguinte: é inevitável que os danos à saúde e à eqüidade, causados pelo fundamentalismo monetarista, persistam durante muito tempo? Ou então, é possível mudar rapidamente pensamentos e ações de forma a evitá-lo? Como? Penso, por exemplo, que um amplo trabalho de documentação científica e de informação através da mídia, assim como a mobilização popular, possa ser muito útil.
- O neoliberalismo não nasceu somente por vontade perversa de classes dirigentes; tem sido e é também uma reação, quase que uma "revolução de direita", contra defeitos reais da economia, do Estado, dos serviços públicos. A questão é, portanto, a seguinte: quais elementos e quais desafios positivos do neoliberalismo podem ser incorporados nas políticas sanitárias, também para evitar o risco principal constituído pelo "conservadorismo de esquerda"?

Refiro-me, por exemplo, ao desafio da qualidade e da competição. Este desafio deve ser aceito e relançado não somente no âmbito orçamentário ou da gestão de serviços, mas principalmente no campo dos *resultados para a saúde*. Quero dizer, o equilíbrio e a integração entre o público e o privado, pois a saúde é ao mesmo tempo privada e pública, individual e coletiva; a sua tutela deve ser regulamentada e garantida, não necessariamente gerenciada pelo Estado em todos os casos e em todas as formas. Refiro-me, por exemplo, ao tema dos recursos e das despesas. Na despesa sanitária são possíveis grandes economias lutando contra o desperdício e modificando as prioridades. Além disso, os recursos podem ser multiplicados: em primeiro lugar, atribuindo mais valor à saúde com relação a outras utilizações da renda (não podemos esquecer que todos os países gastam ainda quantias astronômicas para com os exércitos; mesmo os países pobres aos quais os ricos vendem as armas); e ainda recorrendo a

recursos não monetários, tanto profissionais quanto populares, para a promoção da saúde, para a prevenção e mesmo para os cuidados em saúde.

Com estas questões acabo a conferência de abertura do seminário. Espero não ter acabado com meu errar pela América Latina, que tem sido uma das experiências mais estimulantes e felizes desses quinze anos e que pretendo continuar ainda durante muito tempo. A aposentadoria dos professores na Itália acontece muito tardiamente. Calculei que permanecerei na Universidade até 1999, quando farei meus programas para o próximo século, incluindo — sempre que for julgado útil — a América Latina, tão querida em meu coração e minha mente.

PARTE I

As Políticas de Articulação entre Serviços Públicos e Privados na América Latina: Aspectos Políticos, Econômicos e de Integração com a População e as Clientelas

La Logica de la Privatizacion en Salud

Asa Cristina Laurell

Introducción

Al calor de los programas de "ajuste y cambio estructural" el tema de la privatización en salud ha ganado presencia en el debate sanitario. Con ello la idea — hasta recientemente de amplio consenso— de que no es socialmente deseable que la salud sea un ámbito de lucro ha sido abandonada a favor de una serie de proposiciones de privatización de los sistemas de salud o partes de ellos. Tan brusco es el viraje que se considera, incluso, un radicalismo excesivo —jacobinismo sanitario (LOPEZ ACUÑA, 1992) — defender la salud como ámbito público y de realización de un derecho de los ciudadanos, aduciendo que esta posición impide el análisis no-valorativo de los problemas del sistema de salud para encontrar soluciones técnicas a ellos que incluyan una participación relevante del sector privado.

Una de las razones del surgimiento de este nuevo clima ideológico, indudablemente, es la influencia de la Nueva Derecha [1] y su antiestatismo en el pensamiento sanitarista (LERNER y GARCIA, 1991). Sin embargo, como toda ideología política este discurso no tendría eco si no se montara sobre fenómenos observables y sufridos; en nuestro caso el deterioro de los servicios públicos de salud y sus inegables limitaciones en términos de cobertura y calidad.

El debate en curso resulta confuso por varias razones. Una es que se intenta presentar los problemas como si fueran cuestiones técnicas que no deben politizarse. Lo irreal de esta pretención resulta evidente ya que estamos ante un tema de política social. Las distintas posiciones están, por tanto, sustentadas en una u otra concepción respecto a cómo manejar la

---

1 Por Nueva Derecha entiendo las fuerzas político-ideológicas que fundamentan su concepción de la sociedad y su acción política en las ideas neoliberales.

economía y cómo satisfacer las necesidades sociales, lo que a su vez implica una concepción sobre los derechos y obligaciones de los ciudadanos y del poder público. Es difícil negar, pues, que hacer políticas es un ámbito central del quehacer político. Otra razón de la confusión en el debate es que en el se mezclan varios distintos niveles de discusión sin que se separen en el análisis. Por ejemplo, en el sector "privado" se incluyen al consultorio médico de barrio, el hospital de beneficencia religiosa y la empresa médica, frecuentemente sin distincción alguna. Es entonces urgente precisar cuáles son los temas centrales de la privatización y distinguir los niveles del problema.

La primera cuestión a esclarer es qué entender por privatización y propondré precisar su contenido a partir del concepto de mercantilización. La segunda es analizar cuál es el núcleo central del actual proceso de privatización que lo distingue de anteriores "privatizaciones". Es decir, cuál es la lógica que lo rige y a qué intereses y fuerzas obedece hoy este proceso. Las preguntas claves en este respecto son: a qué razones económicas obedece; qué actores moviliza o se movilizan; cuál es la acción estatal necesaria para impulsarla. Sólo respondiendo a estos interrogantes es posible desentrañar sus posibles resultados en términos del reordenamiento del sector salud respecto a sus articulaciones internas y externas; a las características de su gestión y a la toma de decisiones; a la calidad de los servicios y su orientación; a la igualdad o equidad en salud.

Privatización y mercantilización

De entrada es preciso recordar que la privatización no es una cuestión técnica en el pensamiento neoliberal (FOXLEY, 1988). Antes al contrario, ésta se desprende de su postulado sobre el mercado como el mejor mecanismo de asignación de los recursos (GUILLÉN, 1992). Sin embargo, para que las fuerzas del mercado puedan entrar en juego es necesario que los bienes sean mercancías. En esta visión, los bienes o beneficios sociales, tampoco, deben escapar a una estricta lógica mercantil como ocurre en mayor o menor medida en el marco de los sistemas de seguridad social pública; deben ser reintroducidos en el mercado.

Uno de los argumentos exgrimidos para justificar que los beneficios sociales — en nuestro caso los servicios de salud— se (re)mercantilicen, es que son bienes privadamente apropiados (ATKIN, 1987). Es decir, son consumidos indiviudalmente por personas privadas. Como además algu-

nas personas consumen más servicios que otras se genera una situación de injusticia cuando los servicios son públicos. Es así, según esta linea argumental, porque hay una apropiación desigual de los bienes públicos. Lo "justo" entonces, es que cada quién pague sus servicios y que sólo queden a cargo del sector público aquellos pocos servicios que se apropian de la misma manera por todos, o sea, colectivamente. Por último, se dice, empíricamente se puede constatar que la gente está dispuesta a pagar por el servicio lo que significa que se puede cobrar con base en sus costos de producción, o sea, ponerlo un precio como a cualquier mercancía.

Es importante subrayar que la mercantilización del servicio-beneficio es la condición básica necesaria de la privatización y sin la cual no tiene sentido. La única "privatización" que no depende de esta condición sería que los privados asumieran el cuidado médico fuera del nexo mercantil. Ciertamente esto ocurre cotidianamente ya que las familias, generalmente las mujeres, se hacen cargo de sus enfermos en el hogar[2]. Empero, como es obvio, el grueso de los cuidados médicos no pueden ser producidos bajo la forma de "autoconsumo".

La mercantilización de los servicios de salud es, entonces, el corazón del proceso de privatización. Aunque ésta sea una cuestión de principios en el pensamiento neoliberal, existen razones que rebasan el mundo de las ideas para reincorporar la salud al reino del mercado. La principal es que representa, hoy, una actividad económica de gran y creciente importancia. Así, la participación de los servicios médicos en el Producto Interno Bruto (PIB) va del 3% al 13% según el país (Woolhandler y Himmelstein, 1988; Laurell, 1991). Muy pocas de las otras actividades económicas llegan a tener un peso semejante. Esto se puede ejemplificar con el caso de México, donde los servicios médicos corresponden a un escaso 3% del PIB (Laurell, 1991). Aún así su participación en el PIB es semejante a la de la industria petrolera, la más importante del país. No es de sorprender, pués, que les interesa a los inversionistas reconquistar a la salud como ámbito *directo* de acumulación de capital. De esta manera, la otra cara del argumento de que la salud es demasiado costosa para correr a cargo del erario público es que una actividad que involucra tanto dinero no debe

---

2 El agenda neoliberal incluye el impulso a este tipo de " privatización", al promover la cancelación de una serie de beneficios sociales dados como apoyos a las familias. Las inmediatemente prejudicadas con estas medidas son las mujeres con el aumento en las tareas domésticas. A pesar de su importancia no es la agenda central de privatización del neoliberalismo.

quedar en manos del sector público sino que debe pasar a ser manejada con fines de lucro por el sector privado.

La implicación de esta agenda oculta es que la privatización en salud sólo interesa en la medida en que se puede constituir, efectivamente, en un ámbito de acumulación. Esto deja ver que, por lo menos en América Latina, es de esperarse un proceso *selectivo* de privatización que sólo abarque aquellas actividades, involucradas en la atención médica, que puedan ser rentables.

Por otra parte, es necesario analizar cada caso en su contexto histórico particular porque la vieja disputa por el ámbito de la salud se resolvió, en el periodo antecedente, de diferente manera en distintos paises; en algunas partes nunca se desmercantilizó, en otras parcialmente, y en otras casi totalmente. La resolución concreta de la disputa por el ámbito de la salud se explica, en buena medida, por las características del "pacto social" o de la forma de "regulación" en cada realidad nacional. Es así, ya que las fuerzas políticas y sociales se movilizan alrededor de la salud porque es un ámbito básico de reivindicación social.

Esto significa que podemos distinguir formas distintas del estado de Bienestar en función de los grados de desmercantilización de los beneficios sociales, tal como lo plantea Esping-Andersen (1990). Así, en el estado de Bienestar liberal — como caso típico, el estadounidense — los servicios médicos nunca fueron extraidos del mercado, mientras que en el estado de Bienestar socialdemócrata tienen un alto grado de desmercantilización al pertenecer al ámbito público y al estar articulados sólo indirectamente al ámbito mercantil por vía de los insumos y el equipo médico.

En América Latina encontramos, hoy, diversos grados de desmercantilización de la salud que se expresan en diferentes articulaciones entre lo privado y lo público. Así, tenemos los paises donde hay un predominio indiscutible del sistema con fianciamiento y producción de servicios públicos y donde el sector privado se inserta en los intersticios del tejido público; los paises donde el financiamiento de los servicios es público pero su producción está en manos del sector privado; y los paises donde el financiamiento es colectivo, pero no necesariamente público, y donde el sector privado es dominante en la producción de los servicios.

Las diferencias entre las situaciones nacionales significan que las formas de remercantilización son o serán diferentes. Esto implica que los procesos de "privatización" tendrán características distintas pero, como argumentaré adelante, van encaminados a constituir o profundizar el

campo de salud como terreno directo de acumulación; situación que es diferente a que la salud sea un ámbito de enriquecimiento, principalmente de los médicos, o de realización de valor de las industrias farmacéutica y de equipo médico. Además, los procesos actuales comparten como núcleo central la emergencia del gran capital como actor principal en el campo de la salud.

En otro orden, parece erroneo plantear como equivalentes el grado de desmercantilización, el tamaño del sector público y el grado de intervención estatal, ya que el estado desempeña un papel central tanto en la constitución como en la perpetuación de los distintos sistemas. Resulta, por ejemplo, discutible que haya una mayor "intervención" estatal en los sistemas predominantemente públicos que en aquellos donde el estado financia los servicios producidos por el sector privado. Así vista, la cuestión no es más o menos estado, sino más o menos privado y más o menos público. Me explico. El centro del problema son las distintas dinámicas que resultan de la salud como bien público y de la salud como mercancia, ya que al adquerir esta calidad se introduce, inevitablemente, en la lógica de la ganancia.

El segundo gran tema de la des- y remercantilización de los beneficios sociales se refiere a las condiciones de acceso a ellos. Al respecto se enfrentan la concepción universalista o de derechos sociales o de ciudadanía social y la concepción del acceso condicionado al mérito o la contraprestación. La manera de concebir e instrumentar esta cuestión es definitoria de la relación capital-trabajo (Esping-Andersen, 1990).

La concepción de los derechos sociales, en cuanto no condiciona el acceso a los beneficios sociales, desmercantiliza la mercancía fuerza de trabajo en el sentido de que las personas-ciudadanos tienen derecho a condiciones de vida dignas, independientemente de su prestación laboral. La segunda concepción, base del estado de Bienestar liberal y profundizada en los planteamientos neoliberales, postula que a los beneficios deben corresponder a una prestación o mérito, que en la práctica es el trabajo; sólo aquel que vende su fuerza de trabajo tiene derecho a gozar de los beneficios sociales. Dicho de otra manera, la transacción de venta de la mercancía individual fuerza de trabajo abre el acceso a los bienes sociales. Además este acceso tiende a ser diferenciado entre un grupo y otro, y entre un individuo y otro. En esta concepción la sociedad, por medio de la acción estatal, no debe garantizar más que un piso social básico a sus miembros. Con esta finalidad se instrumentan programas selectivos para

los pobres que acceden a ellos, no por derecho sino mediante mecanismos discrecionales y de comprobación de la necesidad.

De la misma manera como la mercantilización de la salud es una condición necesaria para la privatización lo es también la anulación del principio de los derechos sociales y las formas solidarias e igualitarias para garantizarlos. Es así básicamente porque, por lo menos en el contexto latinoamericano, la transferencia de lo rentable al sector privado requiere de mecanismos de inclusión-exclusión que son incompatibles con la noción de derechos sociales que, por definición, es incluyente.

La lógica de la privatización-remercantilización

Si el motor de la privatización es convertir a la salud en un ámbito de negocios, sólo interesa lo que es potencialmente rentable. Sin embargo, esta conversión y separación de lo rentable no son automáticas sino que requieren de un proceso previo encaminado a crear determinadas condiciones. La primera condición, como ya se discutió, es que, en principio, todo servicio esté mercantilizado. La segunda, no menos importante, es crear mecanismos para que la demanda sea una demanda efectiva, o sea, respaldada con poder de compra. Esto actualiza el problema de la constitución de los fondos de salud para garantizar el pago del servicio prestado. Finalmente, es necesario establecer criterios y mecanismos de segregación que permitan separar lo rentable de lo no-rentable.

La "Agenda para la Reforma" del Banco Mundial (BM) (Akin, 1987) expresa paradigmáticamente esta dinámica. Así, plantea una estrategia con cuatro elementos para privatizar los servicios de salud. Empieza por la introducción del pago por el servicio público para homologarlo con el privado. Una vez que se haya empezado a cobrar surge la necesidad de crear esquemas de aseguramiento o prepago para garantizar que la gente pueda pagar sus servicios. Con ellos se garantiza el mercado (demanda efectiva) a los proveedores privados. Con este impulso éllos pueden desarrollarse aunque inicialmente puede ser necesario incentivarlos, por ejemplo, con prestamos baratos y medidas fiscales favorables. Adicionalmente, los servicios deben descentralizarse para estimular a las autoridades municipales a movilizar fondos y a negociar esquemas de atención con los proveedores privados a nivel local. Como se puede observar esta propuesta subraya los principales propósitos de la privatiza-

ción; por una parte, mercantilizar los servicios y el seguro de salud y, por la otra, crear un mercado estable.

No aparece con claridad en la propuesta del BM cuáles son los mecanismos para separar lo rentable de lo no-rentable ya que sólo se indica que habrá necesidad de que el estado subsidia o apoya con servicios a los pobres. Sin embargo, es posible discernir, particularmente a partir de la experiencia chilena, el esquema lógico de esta separación. Descansa sobre dos principios básicos que son, por una parte, el abandono de los fondos colectivos o solidarios de salud a favor de los individualizados y, por la otra, el derecho del sector privado de decidir a quién atender y a quién no (Requena, 1992). En la práctica, y en condiciones de deterioro grave del servicio público, esto se traduce en la transferencia de la población de "alto pago-bajo riesgo" al sector privado y la segregación de la de "bajo pago-alto riesgo" para el sector público.

Para caracterizar mejor el proceso actual de privatización en salud conviene separar los cuatro campos que están en disputa, a saber, el financiamiento, la producción del servicio, su regulación y los insumos-equipo. Respecto al financiamiento actualmente no interesa sólo quién paga sino sobre todo quíen administra o controla los fondos de salud. La producción del servicio, por su parte, puede desdoblarse en el servicio profesional médico, el diagnóstico y el hospitalario. Respecto a la regulación habría que distinguir, por una parte, la normatización de los procedimientos diagnóstico-terapéuticos y, por la otra, el control de costos que se está constituyendo en un elemento crucial. Por último, están los distintos insumos, destacadamente los fármacos y el equipo diagnóstico y terapéutico. A pesar de su indudable importancia para la orientación de la atención a la salud y en la estructura de costos no aparecen directamente en la actual disputa entre lo público y lo privado porque casi no fueron desmercantilizados y se encuentran bajo el dominio privado.

Los fondos de salud

Los fondos de salud desempeñan un papel crucial en el actual proceso de privatización por dos razones básicas. Una es que la expansión de la producción privada de servicios depende de que su financiamiento esté resuelto mediante algún tipo de prepago, público o privado, ya que su alto costo impide que el paciente los pague al usarlos. La otra y, en mi opinión, la más importante, es que el establecimiento de formas de prepago da origen a fondos financieros cuantiososo. Por ello, la administración y con-

trol de éstos se convierte en otro negocio, potencialmente más cuantioso que la prestación del servicio. Esto explicaría la incursión del capital financiero, bajo la forma de compañías aseguradoras, en el sector salud. Esta tendencia es bastante reciente en todo el mundo (Himmelstein y Wollhandler, 1990) y constituye una de las característica distintivas del proceso actual de privatización. Al respecto habría que aclarar que el antecedente estadounidense de las aseguradoras *Blue Cross* y *Blue Shield*, controladas por los proveedores, estaba dirigido a resolver el financiamiento de los servicos y no principalmente a ganar el control sobre los recursos en tanto fondos financieros (Bodenheimer, 1990).

Los primeros fondos financieros, constituidos con el ahorro para la seguridad social, que fueron apropiados por las aseguradoras son los de vida y de jubilación. Son particularmente atractivos porque se depositan con plazos más largos que los de salud. Sin embargo, en la actualidad los fondos de salud, dada su cuantía, resultan crecientemente atractivos a las aseguradoras. Para apreciar el significado de ésto hay que recordar que las compañías de seguros ganan más dinero por intereses sobre los fondos que por venta de seguros (Laurell y Ortega, 1993). Pero todavía más importante es que los fondos financieros les permiten adquerir control sobre partes importantes de la economía. Por esta razón, las confrontaciones alrededor de la medicina privada han dejado de ser principalmente una lucha alrededor de los honorarios médicos y ha pasado a tener por objeto el control sobre una parte del ahorro de los ciudadanos como Bodenheimer (1990), Himmelstein-Woolhandler (1990) y Navarro (1989) han demostrado respecto a los E.U.A.

Dependiendo del país en cuestión, la privatización de los fondos y/o de su administración puede seguir diversos caminos. Pueden surgir desde las aseguradoras privadas como seguros privados de salud, individuales o colectivos. Los E.U.A. constituye el ejemplo más puro de ello y este hecho se explica porque los servicios de salud no fueron incluidos en el sistema público de seguro social. A últimas fechas se observa en varios países latinoamericanos que los seguros privados surgen paralelamente al público, tendencia impulsada por el deterioro del servicio público y incentivada con medidas fiscales (Laurell y Ortega, 1993). Este fenómeno puede ser interpretado como un paso importante hacia la institucionalización de un sistema dual público-privado ya que genera una situación irracional de doble aseguramiento que justifica un cambio para resolverla. La solución neoliberal paradigmática es la reforma previsional chilena en salud, cuyo

núcleo central es el seguro de salud obligatorio con fondos individualizados (Piñera, 1992).

La importancia de este modelo consiste en que resuelve dos cuestiones claves del proceso de privatización. Por un lado, convierte el seguro de salud en un ahorro forzoso, lo que garantiza la recaudación de fondos que luego pueden transferirse al sector privado para su administración. Por el otro, este sistema proporciona una de las bases para la transferencia al sector privado de la parte rentable de los asegurados ya que, al individualizar los fondos, permite realizarla en función del monto del pago de cada quien. Debe subrayarse que la obligatoriedad del seguro les da a estos fondos carácter público (Tetelboin, 1992), parte de los cuales, es transferida al sector privado para su manejo.

Se argumenta que la transferencia de los fondos al sector privado se justifica por la superioridad de las empresas privadas en términos de eficiencia administrativa; argumento que el caso estadounidense desmiente rotundamente al ser el sistema de salud que más gasta en administración, un 18% versus un promedio de 3 al 5% en los sistemas públicos, sea los de "single-payer" o los del servicio nacional de salud (Navarro et col, 1989; Brandon et col, 1991). También se podría argumentar que el traspaso de fondos de salud al sector privado permite una mayor capitalización de éste; argumento que dificilmente se sostiene al examinarlo con más detenimiento. Por un lado, resulta que, históricamente, la construcción de una infraestructura sólida y con cierta relación con las necesidades en salud se ha hecho justamente con fondos públicos, como lo demuestra el caso de México (Hernandez Llamas, 1982). Por el otro, en el sector salud no interesa capitalizar a secas (invertir más y más en tecnología avanzada) como pudiera ser el caso, por ejemplo, en el sector industrial.

Un tercer argumento pudiera ser que el traslado de fondos al sector privado favorece a la economía en su conjunto porque les quita su marca de origen y los transforma en capital anónimo invertible en otras actividades económicas. Este argumento tiene por lo menos dos problemas. El primero es que, en la lógica neoliberal, lo más probable es que este capital entre en el circuito especulativo [3] (Valenzuela, 1991). El segundo es que, en una perspectiva de beneficios sociales, interesa que los fondos sean retenidos en el ámbito social y apropiados colectivamente en la satisfac-

3 Al respecto es interesante observar que se autorizó, recientemente en Chile, que los fondos de pensiones sean invertidos en el extranjero para mantener sus niveles de rentabilidad.

ción de necesidades sociales y que constituyan un mecanismo de redistribución real del ingreso.

La producción de servicios

La privatización de la producción de los servicios de salud no es una novedad en muchos países de la región ya que ha estado dominada por el sector privado desde hace tiempo, aun dentro de los sistemas de seguridad social pública, como lo ilustra, por ejemplo, el caso de Brasil (Cohn, 1981; Cordeiro, 1980; Fleury, 1989). Sin embargo, hoy parece posible discernir por lo menos dos nuevas tendencias respecto a la producción privada del servicio. La primera es la reprivatización de una parte de los servicios diagnósticos, hospitalarios y terapéuticos — anteriormente producidos por el sistema público y prestados a derechohabientes de la seguridad social —, y pagada de los fondos de salud bajo administración privada. El caso típico de ello es, de nuevo, Chile. La segunda tendencia, relacionada con la anterior, es el surgimiento en muchos países de, por llamarlo de alguna manera, una industria hospitalaria con un alto grado de capitalización y manejada con criterios gerenciales; o sea, de empresas con fines de acumulación y no sólo de enriquecimiento médico.

La reprivatización de la producción de servicios es parte integral del proceso *selectivo* de privatización de la seguridad social, encaminado a constituir un sistema dual privado-público. Esto quiere decir que depende en gran medida del establecimiento de mecanismos de transferencia de fondos suficientes de salud al sector privado. En las condiciones actuales el viejo mecanismo de subrogación de servicios de la seguridad social pública con el sector privado, está perdiendo atractivo para éste en vista de los bajos precios pagados. La caida de los precios, a su vez, obedece al continuo desfinanciamiento de la seguridad social pública (Mesa- Lago, 1991) como resultado de la depresión salarial y de los recortes del gasto social estatal; ambas políticas básicas de los proyectos neoliberales.

De esta manera, en el esquema neoliberal la reconstitución de los fondos, apropiables por los productores privados de servicios de salud, no pasa por el refinanciamiento global de la seguridad social sino por una nueva distribución de los fondos entre el sistema privado y el público. Esto puede instrumentarse con seguros de salud complementarios, contratados colectiva o individualmente por la población con mayores ingresos, o, idealmente, con un seguro obligatorio con fondos individualizados. Es decir, la nueva distribución de fondos no se hace a partir de la división de

los fondos comunes entre todos los asegurados de acuerdo con sus necesidades sino en función del monto del fondo individual, separando los de una cotización alta para el sector privado. Asi, la empresa médica se orienta crecientemente a vender sus servicios, no al sector público que paga poco, sino a las aseguradoras privadas o administradores privados de fondos público que concentran mayores recursos (Laurell y Ortega, 1993). El desarrollo de una u otra modalidad depende básicamente de las condiciones políticas en cada país ya que éstas definen el grado de radicalidad de la privatización de la seguridad social.

La segunda tendencia en la privatización, o sea, el surgimiento de una industria hospitalaria de alta capitalización, obedece a varias cuestiones. Está, por una parte, la reestructuración de la práctica médica poniendo en su centro una sofisticada tecnología diagnóstica y terapéutica. Esto redefine tanto el papel del hospital como el proceso de trabajo médico (Passos, 1991). Antes el hospital existía para el médico, hoy el médico y el personal paramédico existen para el hospital. Eso es, antes de la enorme expansión de la tecnología médica el hospital era sólo un ámbito de realización concentrada del acto médico en el cual el médico jugaba el papel principal. Actualmente, el hospital como ámbito de concentración de los recursos técnicos se ha convertido en el lugar principal de realización de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, y funciona con base en un proceso de trabajo con una avanzada división del trabajo y una organización del mismo semejante a la industrial (Gardell y Gustavsson, 1979).

Esto ha provocado el desplazamiento relativo del médico que, junto con el resto de los trabajadores de salud, se inserta de manera subordinada en el proceso de trabajo hospitalario. Dada esta situación, la posibilidad de los médicos de mantener su lugar privilegiado, y con ello la de expropiar para sí una parte importante de los fondos de salud, depende más del poder de su organización gremial que de su control sobre el acto médico (Bergholt, 1987). El resultado de estas transformaciones es, en términos concretos, que la medicina privada hoy no tiene como su principal centro económico el enriquecimiento médico.

En este contexto los países latinoamericanos han experimentado una proletarización rápida del trabajo de los médicos. Elementos explicativos de esta situación serían la debilidad de las organizaciones gremiales [4] y el

4 Las razones de esta debilidad varían de país a país pero, en general, hace relación con la desorganización de la sociedad civil por distintas formas de regimenes autoritarios.

crecimiento rápido del número de médicos, creando una sobreoferta relativa del servicio profesional. Sin embargo, simultaneamente, se observa que un pequeño grupo de médicos se ha convertido en empresarios que expropian el trabajo de sus colegas, rompiendo con ello los lazos de solidaridad intragremial.

Esta transformación de la práctica médica requiere de una inversión importante en instalaciones y equipo. Esto abre la posibilidad de valorizar esta inversión si la producción de servicios es privada. De esta manera, la disminución del peso específico del médico a favor de la manipulación tecnológica en el acto médico es la palanca del crecimiento de un sector privado de servicios altamente concentradora de la inversión y de los recursos tecnológicos. Ejemplo de ello es el crecimiento, durante los últimos 15 años, de las cadenas hospitalarias estadounidenses que son grandes empresas con un grado alto de concentración de capital. Así, las cuatro grandes corporaciones reportaron en 1990 activos de $17 mil 639 millones, ventas de $16 mil 91 millones y ganancias de $610 millones (Fortune, 1991) y controlan el 70% de los 700 hospitales privados; sus estrategias de comercialización y de lucro son muy variadas e incluyen la absorción de hospitales universitarios de excelencia, planes integrados de atención (Hmo) (Berliner y Burlage, 1987) y mecanismos para trasladar los pacientes costosos y de bajos ingresos a los hospitales públicos (Whities y Salmon, 1987).

El caso de México es relevante porque es hasta la segunda mitad de los ochenta que las cías aseguradoras inició la venta de seguros de salud, los llamados seguros de gastos médicos mayores. A partir de ello, los hospitales privados empiezan a trabajar preferentemente con la clientela de seguro privado, particularmente en los estados fronterizos con los E.U.A. (Laurell y Ortega, 1993). Aunque no hay, todavía, cadenas de hospitales se observa empero una marcada estratificación de los hospitales privados con un polo de alta concentración de recursos que corresponde a la empresa médica. Así, éstas representan el 9.1% de los establecimientos pero concentran el 42.6% de los consultorios de especialidad; el 50.7% de las camas; entre el 40 y 75% del equipo diagnóstico y terapéutico de alta tecnología y el 90% de sus horas médico corresponde a especialistas o subespecialistas (Rodriguez, 1988). Algunos de estos hospitales incluyen entre sus accionistas a grupos de médicos pero en otros el dueño es un "socio capitalista". Además, según información periodística algunos de estos hospitales están tramitando la venta de acciones en el mercado de valores. Por otra parte, resulta interesante señalar que el sector privado

produce más del 50% del producto interno bruto de servicios médicos y tiene excedentes brutos de producción comparables con los de las ramas económicas más importantes del país (Laurell y Ortega, 1993). Estos datos demuestran, sin lugar a dudas, que la empresa médica es un negocio emergente en México, a pesar de que todavía no se cambiado el regimen de seguro social en la rama médica.

La regulación de los servicios de salud

La regulación y normatización de los servicios de salud abarca, por lo menos, dos aspectos: la de los actos diagnósticos-terapéuticos y la de sus precios. El primer aspecto corresponde al estado y en muchos países, destacadamente los E.U.A., tiene implicaciones legales importantes. Tal parece que, en principio, esta normatización también es responsabilidad estatal en la legislación en América Latina, dado que responde a un derecho de los usuarios-ciudadanos. Sin embargo, parecen existir obstáculos grandes para que esta legislación tenga vigencia práctica en la mayor parte de nuestros países. Cabe señalar que además hay una tendencia a que cada institución tenga su propia normativa; cuestión que forma parte de la estandarización de la práctica institucional.

El segundo aspecto, o sea la regulación de precios, tiene características distintas según el país de que se trata. Puede ejercerse como parte de las políticas económicas generales; puede haber una suerte de "autoregulación" a partir de tarifas establecidas por las organizaciones gremiales; o, en el caso de existir un seguro público de salud, pueden estar controlados por las tarifas de reembolso, situación similar a la que rige en la subrogación de servicios.

Dentro del proceso actual de privatización nos interesa destacar que tanto la normatización de los actos diagnóstico-terapéuticos como la regulación de precios se han convertido en un ámbito de conflicto importante entre los interesados. Es así porque involucran la disputa por la distribución de las ganacias entre las cías de seguros, los hospitales y los médicos. La razón por la cual la normatización de los actos diagnósticos-terapéuticos están involucrados es netamente económica ya que es una forma indirecta de controlar costos.

En esta disputa el pagador, o sea las cías de seguros, tienden a imponer tanto la normativa diagnóstico-terapéutica como los precios. Para ello han desarrollado una serie de sistemas sofisticados para estandardizar el uso de los procedimientos diagnósticos-terapéuticos, los días de hos-

pitalización etc. (Feinglass et col., 1990; McKinley et col., 1988). Esto significa que los médicos con frecuencia están sujetos a un control mucho más estricto que dentro de las instituciones públicas. Aunque los hospitales, también, tienen que aceptar las reglas de las aseguradoras —por las ventajas que significa trabajar con ellas — pueden, a su vez, imponer una serie de requisitos para abrir sus instalaciones a los médicos. Estos en ocasiones incluyen la obligación de garantizar determinado volumen de internamientos y cirurgías al hospital. La subordinación del trabajo médico a criterios netamente gerenciales y de rentabilidad ha generado una serie de cuestionamientos por parte de grupos importantes de médicos (Relman, 1980 y 1992).

Los actores

Aunque cada uno de los elementos analizados arriba implica cambios importantes, es necesario contemplarlos en conjunto para apreciar el significado pleno de las transformaciones en marcha. Así vistas, se detectan dos grandes desplazamientos. El primero es el creciente peso del sector privado, que está emergiendo como el hegemónico. Esto significa que se convierte con su lógica mercantil en el elemento ordenador del sector salud; situación que representa una novedad radical en muchos países latinoamericanos. En este contexto hay que reiterar que esto no implica la desaparición de las instituciones públicas pero son desplazadas y pasan a cumplir un papel subordinado de atención a la población pobre y de alto riesgo de enfermar.

El segundo desplazamiento es de los médicos cuyo papel central en el sistema de salud es ocupado por el gran capital, sea de las cías aseguradoras o de la empresa médica. Es este el proceso que nos permite proponer que la atención médica, en términos económicos, deja de servir como medio del enriquecimiento médico para convertirse en un ámbito de acumulación de capital.

Estos cambios conllevan una nueva constellación de actores en el ámbito de la salud y una redefinición de la relación de fuerza entre ellos. La emergencia del gran capital (hospitalario y financiero) como actor principal marca una diferencia con la situación anterior cuando los actores internos del sector tenían un vínculo profesional o laboral con el o pertenecían a las estructuras administrativo-burocráticas de las instituciones públicas con cierta obligación de responder ante la sociedad. Con esta

emergencia el proceso de formulación de la política sanitaria, e incluso de la política social global, sufre cambios fundamentales. Es decir, su centro deja de ser la cuestión fiscal y un acuerdo respecto a qué proporción de los fondos fiscales dedicar a salud, y deviene en una disputa que atraviesa todos los aspectos analizados, a saber, los fondos, la producción del servicios y la regulación. El caso estadounidense ilustra ejemplarmente el esfuerzo desarrollado por las aseguradoras y el capital hospitalario y su éxito en lograr una política sanitaria favorable a sus intereses, mediante un intenso y millonario cabildeo (Bergholt, 1987; Podhorzer, 1993).

Aunque una de las justificaciones más socorridas para promover la privatización es ofrecer la "libre elección" a los usuarios, resulta innegable que sus posibilidades de influir sobre los servicios y el tipo de atención disminuyen importantemente en caso de que de sector privado llega a ser dominante. Es así, porque esta "libertad" está condicionada a la capacidad económica de cada quien y además la única medida de presión de los usuarios es cambiar de esquema de prepago o de servicio. Es decir, tal como lo quieren los neoliberales (George y Wilding, 1985), se convierten a los productores organizados — con una capacidad importante de negociación — en una infinidad de consumidores individualizados en el mercado.

Aparte de que la sociedad pierde parte de su capacidad de definir la política sanitaria, la privatización en el sector salud dificulta además la democratización de la toma de decisiones y de la gestión. A menos de que haya una política general de democratización en la producción, ni los trabajadores de la salud ni los usuarios disponen de los instrumentos para ocupar un lugar relevente el estos procesos. Es decir, mientras que existe la posibilidad de llegar a un "pacto" en las instituciones públicas que incluya la participación real de trabajadores y consumidores, éste no tiene perspectivas en los establecimientos privados.

Por último, habría que volver a enfatizar que la emergencia del gran capital en el sector salud no significa el retiro del estado como actor sino que, por el contrario, requiere de una decidida acción estatal, tanto en el establecimiento de ciertas políticas como en la asunción de la responsabilidad de proveer servicios a grandes grupos de la población.

De nuevo es necesario subrayar que la radicalidad de las medidas proprivatizadoras del estado depende de la situación política particular en cada país y el proceso histórico de constitución del sector salud. Sin embargo, parece posible afirmar que éstas sólo pueden avanzar acelera-

damente en condiciones de un grado alto de autoritarismo estatal, como fue el caso de Chile (Tetelboin, 1992).

Un primer tipo de medidas proprivatizadoras estatales sería la implantación de diversos estímulos fiscales; unos consistentes en eximir los gastos y seguros médicos de impuestos, otro dándole estímulos fiscales a las empresas médicas y aseguradoras. Un segundo tipo de medidas se relaciona específicamente con el financiamiento y consiste en legislar la obligatoriedad de, o bien, un seguro privado para todos los asalariados, o bien, de un seguro público con transferencia de fondos al sector privado para su administración (Piñera, 1992). El tercer tipo de medidas son las dirigidas a los proveedores. Pueden ser estímulos económicos directos (p.e. prestamos con interés preferencial); subrogación del servicio con la empresa privada; establecimiento de empresas integradas de financiamiento-producción, del tipo de algunos de los Isapres chilenos.

Todas estas medidas se combinan con la permanencia de las instituciones públicas de salud ya que, como hemos insistido, el proceso de privatización no tiene por objeto privatizar todo el sector salud sino sólo las actividades que son rentables. Y, particularmente en las condiciones de América Latina, la protección de la salud de los grupos mayoritarios de pobres con altos riesgos de enfermar no es negocio. También es necesario subrayar que el mantenimiento del sector público no significa que estamos ante dos sistemas independientes y paralelos, el público y el privado. Siguen articulados pero de una nueva manera, que implica mecanismos de autoreproducción de la miseria pública y de la abundancia privada al darse una transferencia sistemática de recursos hacia el sistema privado (Whities et col., 1987; Rajs, 1992; Requena, 1992). Con ello presenciamos um incremento de la desigualdad [5] en salud en nuestros países, desde antes enorme y hiriente.

Referências bibliográficas

AKIN, J., 1987. *Financing Health Services in Developing Countries. An Agenda for Reform*. Washington D.C., The World Bank.

BERGHOLT, L. A., 1987. Business and pushcart vendors in the age of supermarkets. *Int J. Health Serv.* 17:7-26.

---

5 Para una definición de equidad o igualdad en salud reproducimos la propuesta por la OMS europea: "acceso igual a los servicios existentes en igualdad de necesidad; utilización igual por necesidad igual; calidad igual para todo" (Whitehead, 1992).

BERLINER, H. S., BURLAGE, R. K., 1987. Proprietary hospital chains and academical medical centers. *Int J. Health Serv.* 17:27-46.
BODENHEIMER T., 1990. Should we abolish the private health industry?. *Int J. Health Serv.* 20:199-220.
BRANDON R., PODHORZER M., POLLAK T. H., 1990. Premiums without benefits: waste and inefficiency in the commercial health insurance industry. *Int J. Health Serv.* 21:265-283.
COHN, A., 1981. *Previdência social e processo político no Brasil.* São Paulo, Editorial Moderna.
CORDEIRO, H., 1980. *A Indústria da Saúde no Brasil.* Rio de Janeiro, Graal.
ESPING, A. G., 1990. *The Three Worlds of Welfare Capitalism.* Princeton, Princeton Press.
FEINGLASS, J., SALMON J. W., 1990. Corporatization of medicine: the use of MMIS systems to increase the clinical productivity of physicians. *Int J. Health Serv.* 20:233-252.
FLEURY, S., 1989. Em defesa da seguridade social. *Saúde em Debate.* 26:33-36.
FOXLEY, A., 1988. *Experimentos Neoliberales en América Latina.* México, Fondo de Cultura Económica.
GARDELL, B., GUSTAVSSON, A., 1979. *Sjukvard pa Lüpande Band,* Estocolmo, Prisma.
GEORGE, V., WILDING, P., 1985. *Ideology and Social Welfare.* London, Rotledge and Kegan Paul.
GUILLÉN, R. H., 1992. El proyecto social de Milton Friedman: el regreso al *laissez faire. Investigación Económica.* 202:277-309.
HERNANDEZ, LLAMAS H., 1982. Historia de la participación del estado en las instituciones de atención médica en México. En: ORTIZ, Q. F.(ed): *Vida y Muerte del Mexicano.* México, Nueva Imagen.
HIMMELSTEIN, D., WOOLHANDLER, S., 1990. The corporate compromise: a marxist view of health policy. *Monthly Review,* may: 14-29.
LAURELL, A. C., 1991. *La Política Social en la Crisis. Una Alternativa para el Sector Salud.* México, F.F. Ebert.
LAURELL, A. C., ORTEGA, M. E., 1993. *Proceso de Privatización en Salud. El Caso de México.* Washington D.C. OPS-OMS., (en prensa)
LERNER, L., GARCíA, A., 1991. El discurso neoliberal en las políticas sociales. *Cuadernos Médico Sociales.* 58:33-45.
LÓPEZ ACUÑA, D., 1992. Concurso privado en el ámbito de la salud. En: *La Seguridad Social y el Estado Moderno.* México. IMSS-Fondo de Cultura Económica-ISSSTE.
MCKINLAY, J. B., STOECKLE J. D., 1988. Corporatization and the social transformation of doctoring. *Int J. Health Serv.* 18:191-205.
MESA-LAGO, C., 1991. *Social security and Prospects for Equity in Latin America.* Washington D.C., World Bank Dicussion Paper. 140.

NAVARRO, V., HIMMELSTEIN, D., WOOLHANDLER, S., 1989. The Jackson National Health Program. *Int J Health Serv.* 19:19-24.

PASSOS, N. R., 1991. El proceso de producción de servicios de salud. *Educ. Med. Salud.* 25:15-27.

PIÑERA, J., 1992. *El Cascabel al Gato. La Batalla por la Reforma Previsional.* Santiago, Zig-Zag.

PODHORZER, M., y cols., 1993. Unhealthy money: The growth in health PAC's congressional campaign contributions. *Int. J. Health Serv.* 23:81-94.

RAJS, D., 1992. Readecuación del sistema de salud chileno ¿Reforma administrativa o refundación de un sistema?. *Salud y Cambio.* 8:5-19.

RELMAN, A., 1980. The new medical-industrial complex. *N Engl. J. Med.* 303:963-970.

RELMAN, A., 1992. What market values are doing to medicine. *The Atlantic Monthly.*

REQUENA, M., 1992. El financiamiento del sistema chileno de salud necesita ser reestructurado. *Revista Salud y Cambio.* 3:12-19.

RODRIGUEZ, M. G., 1988. *Estudio sobre le los recursos y la prestación de servicios médicos privados en el DF, Guadalajara y Monterrey,* México, SSA-INSP.

TETELBOIN, C., 1992. Chile, Políticas neoliberales y salud. En: LAURELL, A. C. (coord). *Estado y Políticas Sociales en el Neoliberalismo.* México. F.F. Ebert.

VALENZUELA, F. J., 1991. *Crítica del modelo neoliberal.* México, UNAM.

WHITEHEAD, M., 1992. The concepts and principles of equity and health *Int. J. Health Serv.* 22:429-445.

WHITEIS, D., SALMON J. W., 1987. The proprietarization of health care and the underdevelopment of the public sector. *Int J. Health Serv.* 17:44-64.

WOOLHANDLER, S., HIMMELSTEIN D., 1988. Free care: a quantitative analysis of health and cost effects of a National Health Program in the United States. *Int J. Health Serv.* 18:393-400.

A Articulação Público-Privado e o cuidado com a Saúde dos Pobres: Implicações das Políticas de Ajuste Estrutural na América Latina

Cristina de A. Possas

Introdução

Observa-se uma crescente preocupação entre os cientistas sociais e os profissionais da área de saúde na América Latina quanto às conseqüências nocivas das políticas de ajuste estrutural na região e de seu impacto sobre a oferta de serviços sociais e de cuidados com a saúde.

A literatura e os dados disponíveis indicam que tais políticas, promovidas pelo Fundo Monetário Internacional e pelo Banco Mundial, contribuíram para a crise econômica em diversos países em desenvolvimento e agravaram o seu estado de pobreza. Tais políticas levaram igualmente à redução das despesas públicas, afetando os serviços sociais e de saúde.

Visando minimizar os problemas sociais que resultam desta diminuição de gastos públicos, diversos relatórios e publicações do Banco Mundial têm recomendado o aumento da eficiência do setor público nestes países e a promoção de mudanças na articulação público-privado no que diz respeito aos seus sistemas nacionais de saúde.

Esta estratégia de privatização baseia-se na convicção de que as atividades do setor público deveriam concentrar-se nos grupos mais pobres, cobrindo as classes média e alta com as HMOs (Health Maintenance Organizations) e outros prestadores de serviços nãogovernamentais privados, que, segundo eles, podem ser mais eficazes (Akin, Birdsall e de Ferranti, 1987; Briscoe, 1990; Birdsall e James, 1992).

Neste trabalho discutiremos a estratégia de privatização proposta e seus possíveis efeitos na América Latina.

Nossa principal argumentação é a de que, ao contrário do que pressupõem as propostas do Banco Mundial, o aumento da privatização exi-

giria maiores e não menores gastos públicos, uma vez que prestadores de serviços privados, em muitos países da América Latina, são altamente subsidiados pelo governo, sem a esperada contrapartida de maior eficiência ou melhor qualidade dos serviços. Mesmo o dito "setor autônomo", que inclui organizações para a manutenção da saúde (HMOs), bem como companhias de seguro de saúde, são financiadas indiretamente pelo governo através do imposto de renda.

O caso do Brasil é um bom exemplo desta dependência dos prestadores de serviços privados de transferências públicas. Ele ilustra problemas sociais que podem resultar da abertura da atenção à saúde à competitividade do mercado, sem aumentar simultaneamente a eficiência e a capacidade de resposta do sistema prestador de serviços públicos para suportar, na crise, a demanda adicional nas áreas urbanas, transferida dos serviços privados para os serviços públicos. Em sua excelente análise sobre este processo na região, Musgrove (1986) fornece dado adicional para nossa argumentação. Ele mostra que durante a recessão econômica, a demanda por cuidados com a saúde freqüentemente se transfere das estruturas privadas para as públicas.

Além disso, nossa outra argumentação é de que a privatização não reduziria, ao contrário do que foi sugerido por Birdsall e James (1992), a concentração dos gastos públicos nos grupos sociais mais influentes e de faixas etárias mais elevadas. Em lugar disso, aumentaria esta concentração, uma vez que, ao limitarem-se os recursos públicos aos segmentos mais pobres, contribuiria para a diminuição das despesas públicas diretas, devido à ausência de instrumentos políticos destes segmentos para pressionar pela concessão de mais recursos.

Como discutiremos adiante, utilizando o mesmo fundamento lógico da teoria da *public choice* assumida por estes autores, podemos, em lugar disso, delinear um resultado adverso e mais provável de acontecer: a diminuição dos gastos públicos diretos com os pobres sem nenhuma força política acabaria favorecendo a transferência de recursos públicos adicionais aos prestadores de serviços privados, que tendem a concentrá-los nos grupos sociais de mais alta renda e de maior influência.

Contudo, para o adequado entendimento das implicações aqui apresentadas no cenário de ajuste estrutural, é fundamental o entendimento do que significa este ajuste, o que discutiremos a seguir.

As políticas de ajuste estrutural e seu impacto sobre os gastos públicos: as múltiplas dimensões da crise na América Latina

Conceitos

As políticas de ajuste estrutural envolvem empréstimos para financiar reformas econômicas em economias em desenvolvimento. Estimulam, com freqüência, grandes mudanças nessas economias, ao promoverem a redução de gastos governamentais e ao limitarem encargos financeiros dos setores sociais.

Uma distinção é comumente feita entre "política de estabilização" e "política de ajuste". A primeira, promovida pelo Fundo Monetário Internacional, usualmente implica financiamento de curto prazo para países em desenvolvimento, enquanto a política de ajuste, promovida pelo Banco Mundial, tem cada vez mais se relacionado a empréstimos de longo prazo. No entanto, a distinção entre estabilização e ajuste e os papéis desempenhados pelas duas instituições financeiras internacionais têm se tornado cada vez mais difícil, uma vez que tem havido uma mudança em favor da realização de empréstimos de longo prazo para financiar reformas econômicas em países em desenvolvimento (DeJong, 1990).

Durante a última década, a política de ajuste estrutural tornou-se cada vez mais controversa na América Latina. Os pesados custos sociais impostos por tais políticas, ao aumentarem a pobreza e promoverem cortes nos gastos governamentais nos setores sociais como saúde e educação, foram indicados por diversos estudiosos e políticos na região.

O relatório do Fundo da Nações Unidas para a Infância (UNICEF) sobre os efeitos adversos do ajuste da distribuição de renda e sobre os pobres, editado em 1987 por Cornia, Jolly e Stewart, foi o primeiro reconhecimento deste problema por parte de uma agência internacional.

Em nível internacional, diversos autores analisaram os conceitos de estabilização e ajuste, bem como os efeitos destas políticas sobre setores sociais e saúde (Nelson, 1984; Belassa, 1987; Addison e Demery, 1987; Bell e Reich (eds.), 1988; Zuckerman, 1989).

Na América Latina, alguns autores avaliaram os efeitos sociais do ajuste estrutural na região. No entanto, poucos deles enfocaram os impactos causados pela crise econômica sobre financiamento e provisão de cui-

dados com a saúde (Musgrove (ed.), 1989; Klinger, 1986; Macedo, 1987; Médici, 1988).

O impacto do ajuste estrutural sobre a articulação público-privado e o cuidado com a saúde é uma questão crucial para muitos países latino-americanos hoje em dia, que enfrentam as conseqüências da crise econômica, do envelhecimento da população e de perfis epidemiológicos heterogêneos sobrepondo "antigos" e "novos problemas" (Possas, 1989; Bobadilla & Possas, 1992). Contudo, a literatura disponível sobre este tópico específico é ainda limitada na região e esperamos que este trabalho possa contribuir para este esforço.

Política de ajuste e crise fiscal

A América Latina tem enfrentado, desde 1980, a sua pior crise do século.

O Produto Interno Bruto *per capita* diminuiu na maioria dos países entre 1980 e 1990.

Esta significativa redução do PIB associada à alta inflação acelerou, em diversos países, a deterioração das condições de vida e de trabalho na região, aumentando a pobreza.

A crise fiscal foi identificada em trabalhos recentes (Dain, 1988; Serra, 1989; Rezende, 1991; Oliveira, 1992) como um dos aspectos mais importantes da crise nas economias latino-americanas durante a década de oitenta. Freqüentes déficits fiscais e políticas inadequadas de controle dos gastos públicos têm levado a uma situação de virtual imobilidade da política social e de saúde na maioria dos governos latino-americanos.

Bresser Pereira (1991) analisou a crise fiscal na América Latina resumindo-a em cinco elementos chave: déficit público; economias públicas negativas ou limitadas; débito público interno e externo extremamente grandes; falta de crédito por parte do Estado devido à sua incapacidade de constituir um débito interno voluntário ou encurtar o tempo de duração deste débito (*overnight*); e, finalmente, falta de credibilidade dos governos (que não deveria ser identificada com a falta de crédito do Estado).

Ele alega que o principal argumento formulado pela abordagem do "consenso de Washington" (Williamson, 1990) para explicar esta crise — populismo econômico e excessiva intervenção governamental — está incompleto. Sustenta ,ainda, que o populismo econômico sempre existiu e que, apesar de suas perniciosas conseqüências, a América Latina passou

por um período de significativo crescimento entre 1930 e 1980. A rígida intervenção por parte do Estado foi igualmente bem-sucedida, uma vez que promoveu um importante desenvolvimento econômico durante esse período.

Portanto, não basta ter-se disciplina fiscal, é necessário também reduzir o déficit público e recuperar a capacidade de o Estado fazer economia; não basta liberalizar e privatizar: é preciso também definir uma nova estratégia de intervenção do Estado uma vez ultrapassada a crise fiscal.

Por último, como uma alternativa para a abordagem do "consenso de Washington", ele sugere a abordagem da "crise fiscal do Estado", baseada em conceitos formulados por OüConnor (1973), que enfoca o papel do Estado como *locus* da crise fiscal.

O persistente fracasso dos governos da América Latina em superar a crise fiscal tem sustentado a crença das comunidades acadêmicas formuladoras de política de que o conhecimento atual sobre os determinantes desta crise é limitado e que existem elementos estruturais a serem compreendidos neste processo.

Alguns formuladores de política e analistas acadêmicos tendem a centrar suas análises nos determinantes internos da crise fiscal. Segundo estes analistas, em muitos países a descentralização dos recursos do governo federal para os níveis locais não foi acompanhada de uma necessária descentralização de encargos federais.

Outros analistas tendem a concentrar seus argumentos nos determinantes externos da crise fiscal, relacionados às conseqüências das políticas de ajuste estrutural durante a década de oitenta e a novas condições do mercado internacional. Segundo eles, estas políticas levaram a importantes mudanças nos padrões da relação entre o público e o privado nas economias da América Latina. Alegam que o setor público nestas economias tem desempenhado um papel preponderante ao tentar evitar o agravamento da crise do setor produtivo, compensando as perdas dos agentes econômicos no processo de renegociação da dívida externa e direcionando a economia para o mercado internacional (Serra, 1991).

Apesar das diferentes abordagens a respeito dos determinantes da crise fiscal, parece existir um consenso entre a maioria dos autores ao analisarem suas conseqüências. Muitos destes analistas identificaram o bem-estar social e a saúde como os setores mais severamente afetados pela crise fiscal durante a década de oitenta.

Os gastos públicos nos setores sociais, que tinham aumentado durante

os anos setenta em muitos países, começaram a diminuir em meados dos anos oitenta, quando o impacto da crise econômica ficou mais evidente.

No entanto, é interessante observar que estes cortes nos gastos públicos não afetaram da mesma forma o setor responsável pelos cuidados com a saúde. Alguns países latino-americanos, como o Brasil, acompanharam, na década de oitenta, a tendência internacional de aumentar os gastos públicos *per capita* na área da saúde e transferir os recursos públicos dos prestadores de serviços privados para os públicos (Médici, 1988; Possas, 1992), na tentativa de ampliar a cobertura e assim enfrentar uma demanda crescente abalada pela recessão econômica, o que comprova a tese de Musgrove.

A crise do bem-estar social: perspectivas de reformas na saúde

A análise prospectiva das políticas alternativas de saúde na América Latina requer e pressupõe uma compreensão adequada do desenvolvimento do sistema de bem-estar social na região em um cenário de recessão econômica, crise fiscal e mudança política.

O debate internacional em torno da crise nos governos que adotam uma política de bem-estar no mundo contemporâneo (Habermas, 1987; Offe, 1985; e Przeworski, 1985) exerceu uma significativa influência sobre a literatura recente a respeito das novas tendências do bem-estar social e sobre as perspectivas de mudança na saúde da América Latina, já analisada por nós em publicação anterior (Possas, 1992).

As principais questões discutidas nesse trabalho anterior são: até que ponto a “onda neoliberal”, ao promover cortes nos gastos públicos e ao reduzir a abrangência dos programas de bem-estar social, afetou os governos que adotam políticas de bem-estar no mundo contemporâneo? Existe uma crise nesses governos limitando a sua abrangência como forma de organização social num cenário a longo prazo? Existe alguma evidência de que os sistemas de seguridade social na América Latina vão desenvolver padrões de organização neoliberais, onde a dominância do setor privado impossibilitará a implementação de reformas sociais e de saúde?

Conforme discussão apresentada naquela oportunidade, nossa resposta preliminar para tais questões é “não”. Apesar das fortes tendências à privatização, onde o mercado possa absorvê-la, evidências empíricas indicam que a seguridade social na América Latina está consolidada e em

franca expansão nos países onde foi implementada (McGreevey, 1990; Mesa-Lago, 1985, 1990).

Não há provas de que o fracasso de que o keynesianismo como instrumento de intervenção econômica por parte do Estado (diminuição dos gastos públicos e expansão monetária) seja seguido necessariamente por uma crise semelhante nos padrões de intervenção social e programas de bem-estar. Ao contrário, a "crise dos governos que adotam uma política de bem-estar" parece refletir as conseqüências provocadas por correções feitas na sua trajetória pelas sociedades de bem-estar abaladas pela "crise fiscal do Estado".

Esta discussão tem importantes implicações no que tange às reformas sociais e de saúde nos países latino-americanos, uma vez que a possibilidade de se desenvolver ou de se expandir o bem-estar social nas sociedades afetadas pelos cortes nos gastos públicos continua sendo um importante desafio.

O "Welfare" *versus* "Public Choice": abordagens alternativas para o setor público

Nas discussões internacionais a respeito dos cuidados com a saúde, abordagens divergentes têm sido sugeridas recentemente para fazer frente aos efeitos causados pelos cortes nos gastos públicos e à articulação público-privado. Birdsall e James (1992) sustentam, contrariando os argumentos apresentados aqui, que a abordagem pessimista do setor público nos países em desenvolvimento, por parte dos adeptos da teoria da *public choice*, parece ser mais adequada para lidar com a tensão entre os setores público e privado do que as teorias de bem-estar "positivas" e "benevolentes".

As teorias da *public choice* são, segundo eles, mais precisas com relação às suas previsões nos países em desenvolvimento porque, nestes países, grupos sociais poderosos pressionam os governos para maximizar benefícios públicos individuais e assim concentrar os recursos públicos nas populações mais idosas e em melhor situação nas áreas urbanas.

Portanto, a sua conclusão mais importante é de que o setor público é propenso a distorções nos países em desenvolvimento, uma vez que ele é mais vulnerável às pressões políticas exercidas pelas classes alta e média para a concentração de recursos.

Assim sendo, existem duas crenças básicas (e controversas) latentes

em seu argumento: uma é a ineficiência intrínseca ao setor público nos países em desenvolvimento; a outra é a sua vulnerabilidade às pressões políticas exercidas pelos grupos sociais mais altos na sociedade, que estimulam a concentração.

Neste texto nós discutimos as implicações destas abordagens contrastantes para políticas de saúde e a articulação público-privado na região. Nossa principal argumentação aqui, sustentada pela nossa revisão da literatura internacional recente a respeito das teorias de bem-estar (Possas, 1992), é que não se pode ignorar que, diferentemente de outras regiões em desenvolvimento, existe, na América Latina, uma antiga tradição e uma ampla gama de experiências e abordagens inovadoras para os sistemas nacionais de proteção social.

Portanto, seria simplista e incorreto identificar estas diversas abordagens com estratégias "benevolentes" ou ingênuas sustentadas por teorias normativas clássicas de bem-estar. Em outras palavras, nós alegamos que a definição de políticas alternativas de bem-estar social mais adequadas constituem uma prioridade nas sociedades latino-americanas hoje, e isto requer dos formuladores de políticas abordagens realistas para a articulação público-privado, no que tange à oferta de serviços sociais e de saúde na região.

O Brasil constitui um bom exemplo de diversificadas e complexas interações entre os setores público e privado na América Latina. Como antecipamos em trabalho anterior, políticas que visam estimular a competitividade do mercado na assistência à saúde podem, caso não considerem a realidade e a diversidade das relações público-privado, gerar um efeito contrário ao desejado e comprometer o setor privado "parasitário" dos recursos públicos (Possas & Marques, 1984). Como na maioria dos países latino-americanos, os prestadores de serviços privados são extremamente dependentes das transferências diretas e indiretas de recursos públicos para sobreviverem num mercado restrito e altamente concentrado, as políticas de privatização tendem a requerer mais e não menos gastos públicos, conforme discutimos anteriormente.

Portanto, é muito importante ter clareza de que a opção para limitar os recursos públicos aos mais pobres significa, no caso do Brasil e da maioria dos países latino-americanos, dada a extensão da população em pobreza absoluta na região, uma decisão drástica: transferir recursos públicos do setor privado em saúde (que domina os mais complexos níveis de cuidado), assegurando-os exclusivamente para o setor público.

Como veremos na seção seguinte, esta é uma política distributiva

com importantes efeitos que devem ser considerados. Esta política já foi adotada no Brasil durante a década de oitenta, afetando um segmento do setor privado ligado ao Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Apesar do seu sucesso inicial em contribuir para minimizar a corrupção e estender a oferta de cuidados essenciais com a saúde para os pobres, veio a contribuir mais tarde para o comprometimento da rede privada de hospitais, que responde por três mil hospitais no país. Naquela época não se previu, contradizendo esta política, nenhum tipo de controle sobre as transferências dos recursos públicos para HMOs e companhias de seguro-saúde, estimadas em 25% da receita destas empresas.

O pacote de reformas do Banco Mundial: implicações para a América Latina

Como resultado de sua política recessiva de ajuste estrutural, o Banco Mundial tem-se preocupado em reduzir os gastos públicos dos países em desenvolvimento. Estratégias têm sido definidas de maneira a atingir este objetivo, e este pacote de reformas em saúde tem se mostrado uma referência importante para os formuladores de políticas.

Tal pacote inclui quatro políticas básicas (Akin, Birdsall, de Ferranti, 1987):

Cobrar dos usuários os serviços fornecidos pelo governo, com dois objetivos diferentes: primeiro, aumentar o orçamento público e, segundo, estimular os consumidores dos serviços de saúde a usarem planos privados de cobertura de risco.

Estimular planos de cobertura de risco, direcionando a política para dois grupos diferentes: cobertura de risco pela seguridade social para os pobres e planos privados de pré-pagamento para aquelas pessoas mais bem-sucedidas.

Utilizar recursos não governamentais de maneira mais eficiente, o que é visto como um alívio dos encargos sobre os gastos públicos.

Por último, *descentralizar serviços,* o que é proposto como forma eficaz de se alcançar usuários locais destes serviços e permitir que as comunidades locais tenham controle sobre eles.

Apesar da sua contribuição para superar uma compreensão ingênua por parte de muitos líderes de países em desenvolvimento a respeito do papel que o setor público e o processo de privatização do Estado desempe-

nham nas sociedades contemporâneas, nossa conclusão principal aqui é a de que o pacote de reformas sugerido pelo Banco Mundial não é adequado para lidar com os principais problemas de cuidados com a saúde projetados para os países da América Latina na próxima década, devido a algumas razões-chave:

Cobrar dos usuários os serviços fornecidos pelo governo

Apesar do seu baixo poder aquisitivo, que resulta de extremas disparidades entre renda e pobreza, grupos de renda mais baixa já estão carregando um fardo pesado, uma vez que pagam por serviços privados de saúde quando não existem serviços públicos disponíveis. No caso do Brasil, este quadro agravou-se pela recessão econômica vivida na metade da década de oitenta.

Mesmo em países de renda média como o Brasil, o poder aquisitivo dos salários pode ser muito baixo. Neste país, 45% da população vive em estado de pobreza.

No cenário latino-americano de disparidades sociais e concentração de renda, a maioria dos usuários dos serviços ganha salários muito baixos. Cobrar de usuários, mesmo com tabela de preços seletiva para diferentes grupos sociais, seria injusto e não acrescentaria, conforme sugerido pelo Banco Mundial, recursos significativos à dotação orçamentária nacional para a área de saúde.

Em último lugar, é igualmente importante observar que cobrar dos usuários os serviços prestados pelo governo não os estimularia a buscar cobertura de risco, uma vez que sua baixa renda não lhes permite fazer parte do mercado potencial dos planos de saúde privados. Não há evidência alguma de que uma porção significativa de usuários dos serviços do governo possa ser estimulada a fazer uso deste mercado privado.

Cobertura de risco

Diferentemente do que ocorre em outros países em desenvolvimento na África e na Ásia (exceto a China), que têm experiência limitada com seguridade social e planos privados pagos por antecedência, a América Latina tem uma tradição de aproximadamente setenta anos de seguro social. O Brasil criou o seu próprio sistema de seguridade social em 1923 (Lei Eloi Chaves). Em 1924, o Chile promulgou uma lei inovadora de seguro compulsório e foi o primeiro país na América Latina a incorporar

o modelo alemão de seguro social desenvolvido no governo Bismarck (Horwitz, 1989).

O seguro privado sofreu também importantes mudanças durante a década de oitenta e já recebeu significativos incentivos governamentais.

Nesta altura, reduzir a grande concentração de renda e aumentar o poder aquisitivo daqueles que ganham baixos salários parece ser a única política viável para aumentar a cobertura de risco na América Latina.

No entanto, isto requereria mudanças tanto nas estratégias domésticas quanto nas internacionais, aliviando o pesado fardo imposto aos pobres nas últimas três décadas.

Recursos não governamentais

A maioria dos países latino-americanos tem uma antiga tradição de firmar contratos públicos com prestadores de serviços privados. A crença do Banco Mundial de que esta política favoreceria a diminuição dos gastos públicos e aumentaria a eficiência dos sistemas nacionais de saúde não corresponde à realidade.

O estudo de caso sobre o Brasil mostra que os recursos não governamentais deveriam ser incorporados cuidadosamente pelos formuladores de políticas. O controle das distorções na oferta de cuidados, definindo adequados sistemas de reembolso e criando mecanismos para a garantia de qualidade é uma tarefa importante e muito difícil de ser implementada em diversos países em desenvolvimento, onde o controle de serviços por parte do governo e dos usuários não é eficaz.

Descentralização

Os países latino-americanos sofreram um amplo processo de descentralização durante a última década. Muitas lições podem ser dele retiradas:

- A descentralização não é uma panacéia para aumentar os recursos disponíveis. Ao contrário, muitos governos municipais e estaduais tendem a retirar seus próprios recursos para a área de saúde depois de receberem recursos federais.
- A descentralização requer reformas simultâneas que criem e reforcem estruturas administrativas.
- A descentralização pode favorecer grupos políticos locais e ser

regressiva na distribuição de recursos. Em uma publicação anterior (1992) mostramos evidência desta concentração nas áreas urbanas, com efeitos nocivos para os pobres das zonas rurais.

Apesar das importantes contribuições oferecidas por estas recomendações do Banco Mundial, seu pacote de reforma política tem ainda diversas limitações conceituais:

- Não faz referência à rápida deterioração das condições sociais e ao agravamento das necessidades de saúde que ocorreram nos países em desenvolvimento desde a recessão econômica dos anos oitenta, particularmente na América Latina. Os efeitos nocivos causados pelas políticas de ajuste estrutural não são discutidos, porém têm importantes implicações para o financiamento do sistema de saúde.
- Não é capaz de reconhecer que os países em desenvolvimento não podem estar sujeitos a políticas homogêneas. Países industrializados e urbanizados como o Brasil e o México requerem abordagens específicas para a diversidade de suas condições e padrões diferenciados de desenvolvimento.
- Estabelece uma dicotomia incorreta entre "prevenção" como um bem público concentrado nos pobres e "cuidado curativo" como mercadoria privada a ser adquirida pelos indivíduos (Frenk, 1989). Esta dicotomia é incapaz de reconhecer a grande pressão exercida para a obtenção de serviços e os custos crescentes impostos por uma complexa transição epidemiológica (Possas, 1989). Em muitos países latino-americanos, antigos e novos problemas de saúde estão sobrepostos e ambos tendem a concentrar-se nos segmentos mais pobres da população (Briscoe, 1990). Estas propostas do Banco Mundial parecem também ignorar o fato de que, uma vez que o cuidado curativo lida com a força de trabalho, afeta a sociedade como um todo e é uma questão de preocupação pública — e não apenas individual.
- Estas propostas também não são capazes de reconhecer as limitações do setor privado nos países em desenvolvimento para enfrentarem os desafios impostos aos cuidados com a saúde que resultarão das futuras transições demográficas e epidemiológicas. O setor privado não é homogêneo e os "prestadores de serviços não governamentais" constituem uma ampla categoria que inclui uma extensa gama de prestadores de serviços que respondem a

este cenário emergente da saúde de formas extremamente distintas.

- Por último, a prioridade dada pelo Banco Mundial aos HMOs e às companhias de seguro privadas, nos países em desenvolvimento, tende a reproduzir nestes países padrões organizacionais do sistema americano de cuidados com a saúde.

Em vez disso, particularmente nos países em desenvolvimento, onde o poder aquisitivo das populações e dos recursos públicos são limitados, deve-se buscar uma articulação mais adequada e financeiramente mais interessante entre seguro social e privado. Outras experiências, tais como as desenvolvidas em países como Canadá, Alemanha, Suécia, Inglaterra e Itália, onde a oferta de serviços públicos de cuidados com a saúde são mais abrangentes, deveriam também ser considerados.

Observações finais: perspectivas para a década de noventa

Este trabalho indica os possíveis impactos nocivos causados pelas políticas de ajuste estrutural no bem-estar social e nos cuidados com a saúde na América Latina e sugere algumas conclusões básicas:

- Confrontar os setores público e privado, como sugerido pelos relatórios do Banco Mundial e alguns formuladores de políticas na região, leva freqüentemente a um falso dilema, uma vez que no mundo contemporâneo eles se encontram imbricados em complexas interações econômicas e redes burocráticas e políticas. O desafio principal, ao contrário, é criar mecanismos sociais para fornecer controle de qualidade dos serviços por parte dos consumidores e fortalecer grupos sociais sem nenhuma força política.
- Concentrar recursos públicos nos pobres e deixar prestadores de serviços privados à mercê do mercado, conforme sugerido em diversos relatórios e publicações do Banco Mundial, parece ser um argumento ardiloso, uma vez que em muitos países em desenvolvimento um importante segmento do mercado privado depende das transferências diretas e indiretas de recursos públicos.
- Portanto, como demonstramos no estudo de caso sobre o Brasil, o problema não é só como transferir recursos de um setor para outro. Estas políticas de "transferência" podem comprometer a oferta de cuidados oferecida pelo setor privado e elas só são pos-

síveis quando existem grandes investimentos em novas instalações e recursos humanos públicos.

- Isto requer, diferentemente do proposto pelo Banco Mundial, o aumento de gastos públicos com a saúde e com os cuidados com a saúde, que são muito pequenos na América Latina.

É evidente que a decisão política de aumentar os gastos públicos nos setores prioritários, tais como o de cuidados com a saúde e o de serviços sociais, bem como orientar políticas de contenção para outras atividades governamentais ineficazes (empresas públicas são com freqüência um bom exemplo), requer, de um lado, profunda reforma estrutural do Estado, e de outro, mudança de paradigma nas agências internacionais e nas burocracias nacionais. Seria ingênuo esperar que tais mudanças ocorram durante complexos processos de negociação nos quais os pobres não estão representados.

Aumentar a consciência social a respeito das conseqüências dramáticas da pobreza urbana nas megacidades e na população de mais idade, antecipando seu impacto nas sociedades latino-americanas nas próximas décadas pode contribuir para estimular mudanças nessas prioridades.

Se esta mudança de paradigma eventualmente ocorrer, acompanhada por mudanças no ambiente político, os serviços privados mantidos direta ou indiretamente com recursos e subsídios públicos pode desempenhar um importante papel nas suas reformas de saúde. Como componente dos sistemas nacionais de saúde, passarão então a ser abordados como "bem público" controlado pelos consumidores, e não como um privilégio individual dos mais bem-sucedidos. Estes se tornarão, ao contrário, consumidores *autônomos* de serviços públicos no mercado.

Agradecimentos

Este trabalho é o segundo produto do relatório final da minha pesquisa de pós-doutorado ao *Takemi Program in International Health, Harvard School of Public Health*, sobre as implicações de ajuste estrutural e da crise fiscal na articulação público-privado na América Latina, com ênfase no sistema de saúde brasileiro. Minha pesquisa foi financiada em sua fase inicial pela CAPES e pela Fulbright, e na sua segunda fase pelo CNPq. Agradeço a essas entidades pela concessão da bolsa e ao *Takemi Program* pelo estimulante ambiente acadêmico.

Referências bibliográficas

AKIN, J. S., BIRDSALL, N., DE FERRANTI, D. *Financing Health Services in Developing Countries, an Agenda for Reform: a World Bank policy study*, Washington D.C., World Bank, 1987.

ADDISON, T. & DEMERY, L. The alleviation of poverty under structural adjustment, *World Bank Technical Paper*, November, Washington D.C., The World Bank, 1987.

BELASSA, B., *Structural adjustment policies*: conceptual issues. *World Development* 15, nº 10. October 1987.

BELL, D. E. & REICH, M. R. (eds.) *Health, Nutrition and Economic Crises: Approaches to Policy in the Third World.* Dover, MA, Auburn House Publishing Company, 1988..

BIRDSALL, N. & JAMES, E. Health, Government and the Poor: The Case for the Private Sector. *Policy Research Working Papers, Population, Health and Nutrition*, Country Economics Department, The World Bank, WPS 938, July, 1992.

BOBADILLA, J. L. & POSSAS, C. A. Health Policy Issues in Three Latin-American Countries: *The Implications of the Epidemiological Transition*, being printed in the book *Policy and Planning Implications of the Epidemiological Transition in Developing Countries.* Washington D.C., National Academy of Sciences, 1992.

BRESSER PEREIRA, L. C.. A Crise da América Latina: consenso de Washington ou crise fiscal?, *Pesq. Plan. Econ.*, Rio de Janeiro, vol. 21, nº1, p. 3-24, abr, 1991.

BRISCOE, J. A.. *Brazil: The New Challenge to Adult Health, a World Bank Country Study*. Washington D.C., The World Bank, 1990.

CORNIA, G. A., JOLLY, R. & STEWART, F. *Adjustment with a Human Face: Protecting the Vulnerable and Promoting Health*, Oxford, *Clarendon Press for UNICEF*, New York, Oxford Univ. Press (2 vol.), 1987.

DAIN, S.. *Crise Fiscal e Dilema Redistributivo*, School of Economics and Administration, Federal University of Rio de Janeiro, FEA/UFRJ (Professor Thesis),1988

DEJONG, J. Ten best readings in… structural adjustment. *Health Policy and Planning*, 5 (3): 280-282, Oxford University Press, 1990.

FRENK, J. El Financiamiento como Instrumento de Politica Publica, in *PAHO*, Economia de La Salud: Perspectivas para America Latina, *Publicación Cientifica* nº 517, Washington D.C., 1989.

HABERMAS, J. *The Theory of Communicative Action.* Boston, Beacon Press, 1987.

HORWITZ, A. Economia y salud. Mas alla del financiamiento in PAHO, Economia de la Salud: Perspectivas para America Latina, *Publicacion Cientifica* nº 517, Washington D.C., 1989.

KLINGER, I. *El Rol de la Salud en la Erradicación de la Pobreza en America Latina*, Reunion Preparatoria de la Conferencia Regional de Erradicacion de la Pobreza Absoluta, Organizacion Panamericana de la Salud, Bogota, Colombia, Marzo, 1988.

MACEDO, R. La infancia en Brasil y la crisis economica: situación del Estado de São Paulo. In: *Ajuste con Rostro Humano*, Cornia. G. A., JOLLY, R. & STEWART, F., Estudio de paises, Siglo XXI, UNICEF, 1987.

MCGREEVEY, W. Social Security in Latin America: Issues and Options for the World Bank, *World Bank Discussion Papers*: 110, Washington D.C., The World Bank, 1990.

MESA LAGO, C. The crisis of social security and health care, *Latin American experiences and lessons*, Pittsburgh. PA., Center for Latin American Studies, University of Pittsburgh, 1985..

______., C. *Ascent into Bankruptcy*, Pittsburgh, Pa., University of Pittsburgh Press, 1990.

MÉDICI, A.C. *Crise Econômica e Políticas Sociais: A Questão da Saúde no Brasil.* Master Degree Thesis in Economics, Instituto de Economia, State University of Campinas, UNICAMP, 1988.

MUSGROVE, P. The impact of the economic crisis on health and health care in Latin America and the Caribbean. *WHO Chronicle* 40 (4): 152-57, 1986.

______.,(ed.). Economia de la Salud: Perspectivas para America Latina. Organizacion *Panamericana de la Salud, Publicacion Cientifica* nº 517, Washington D.C., 1989.

O'CONNOR, J. *The Fiscal Crisis of the State.* New York, Saint Martinüs Press, 1973.

OFFE, C.. *Disorganized Capitalism: Contemporary Transformations of Work and Politics.* Cambridge, MIT Press, 1985.

OLIVEIRA, F. A.. *Crise, Reforma e Desordem do Sistema Tributário Nacional.* Institute of Economics, State University of Campinas, São Paulo, IE/UNICAMP, (Professor Thesis), 1992.

POSSAS, C. A. *Epidemiologia e Sociedade: Heterogeneidade Estrutural e Saúde no Brasil.* São Paulo, . Hucitec, 1989.

______., Fiscal Crisis and Health Policy Strategies: Challenges to Health Reform in Brazil. *Takemi Research Paper nº 75*, Havard School of Public Health, Boston, 1992.

______., Estado, Movimentos Sociais e Reformas, *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, vol. II, nº 1, 1992.

POSSAS, C. A. e MARQUES, M. B. Subsídios à Análise de Proposta de Integração entre Instituições Públicas de Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Abem, Rio de Janeiro, vol. 8, nº 2, 1984.

PRZEWORSKI, A. *Capitalism and Social Democracy*, Cambridge; New York: Cambridge University Press; Paris: Editions de la Maison des Sciences de lüHomme, 1985.

REZENDE, F.. Ajuste Fiscal e Reforma Tributária. Economia em Perspectiva. São Paulo, Conselho Regional de Economia, *Carta de Conjuntura* nº, 86, nov./dez, 1991.

SERRA, J. A crise fiscal e as diretrizes orçamentárias, *Revista de Economia Política*, São Paulo, Brasiliense, vol. 9, nº 4, 1989.

______., A boneca não cobiçada, *Folha de São Paulo*, 28 de julho, 1991.

WILLIAMSON, J. (org.) *Latin American Adjustment.* Institute of International Economics, Washington, D.C.,. 1990.

ZUCKERMAN, E. Adjustment programs and human welfare, *World Bank Discussion Paper* nº 44, Washington D.C., World Bank., 1989.

PARTE II

Políticas de Previdência Social, Sistemas de Saúde: a Articulação e sua Relação com o Estado e as Clientelas em Países da América Latina e Processos de Privatização dos Serviços de Saúde

Paradigmas da Reforma da Seguridade Social: Liberal Produtivista *Versus* Universal Publicista[1]

Sonia Fleury

Introdução

O objetivo deste trabalho é o de discutir as transformações por que vem passando a Seguridade Social na América Latina, tomando como exemplo o processo de constituição do padrão de Seguridade que teve início na virada do século em alguns países do Cone Sul, desembocando na crise atual, que tem recebido diferentes tratamentos. As tentativas de reforma iniciam-se por uma etapa comum durante os governos militares na Argentina, Brasil, Chile e Uruguai, de caráter burocrático — centralizadora. Posteriormente podemos identificar dois outros processos paradigmáticos de reforma, como a reforma liberal — produtivista processada ainda sob o governo militar no Chile e a reforma universal-publicista iniciada na transição democrática no Brasil.

Para além dos modelos paradigmáticos, o que se observa é a readequação dos sistemas de proteção social a uma nova etapa do desenvolvimento que se caracteriza pelo esgotamento do modelo desenvolvimentista e por uma aprofundada segmentação das sociedades latino-americanas.

Os sistemas de Seguridade Social, em correspodência a esta complexificação da estrutura social, reatualizam a questão sempre recorrente em nossas sociedades, nas quais tais estruturas estão voltadas para responder à questão primária da fragilidade estrutural da autoridade central, em detrimento das funções participativas e/ou redistributivas dos Estados de Bem-Estar Social.

---

1 Este artigo é um resumo da parte final do meu livro *Estado Sem Cidadãos*, FIOCRUZ, 1994.

Emergência, consolidação, maturação e crise dos sistemas de proteção social[2]

Emergência

As condições de emergência das medidas de proteção social na América Latina estão associadas ao processo de crise do modelo agroexportador e do exercício liberal do poder, implicando mudança da relação Estado/sociedade. Se as primeiras medidas foram destinadas a servidores civis e militares com vistas a fortalecer o poder central e a identidade nacional mas não configuraram um modelo de proteção social, a emergência das camadas médias urbanas e do operariado colocaram as questões da participação e da reprodução social na arena política.

A forte presença das ideologias socialistas a anarquistas no operariado de origem européia dá conta tanto da sua capacidade organizativa e de chamar atenção para suas demandas, como também da conformação das formas iniciais de autoproteção mutualista.

A resposta estatal a estas demandas variou entre os países, em um espectro que incluiu, em maior ou menor grau, a assimilação da proteção social e da função distributiva como parte da estratégia de desenvolvimento; o enquadramento seletivo das demandas com o Estado atuando focalizadamente na atenção aos mais necessitados; a circunscrição do papel do Estado à função de prevenção e regulação dos conflitos entre capital e trabalho.

Embora a institucionalidade emergente tenha sido caracterizada por um formato comum — o modelo tripartite — as variações na posição do Estado e na correlação de forças entre os diferentes atores políticos envolvidos manifesta-se nas formas específicas assumidas pelas estruturas de proteção social, demarcando as possibilidades do desenvolvimento subseqüente.

Consolidação

Podemos afirmar que conformou-se nestes países um sistema de Seguridade Social caracterizado pela sua fragmentação, com a existência de

2 Adotando a tipologia de Mesa-Lago, vamos tratar aqui apenas dos países pioneiros (Argentina, Brasil, Chile, Uruguai, excetuando o caso de Cuba) pela identidade e maturidade que apresentam em relação ao curso do processo de desenvolvimento da Seguridade Social.

múltiplas instituições e regimes de contribuição e benefícios, a depender do poder de barganha de cada categoria de trabalhadores ao qual se aplicava. A vinculação da política social à acumulação, através do estatuto da cidadania regulada pela inserção na estrutura produtiva, denota o modelo de relação Estado/ sociedade, no qual o Estado assume a centralidade na condução do processo de industrialização substitutiva de importações, capitaneando o desenvolvimento econômico e regulando a reprodução social por meio da introdução de instrumentos de mediação do conflito entre capital e trabalho. A cooptação política das frações mais organizadas e estratégicas da classe trabalhadora, através dos aparelhos de políticas sociais, transforma os cidadãos em clientes das estruturas burocráticas e consumidores potenciais da produção nacional. A dimensão jurídica da cidadania, enquanto igualdade formal diante do Estado, é transmutada em desigualdade política na concessão diferencial de privilégios cumulativos a alguns setores da classe trabalhadora.

A construção de uma identidade fragmentada dos trabalhadores — neste processo de interpelação seletiva via políticas sociais — que impede a sua auto-identificação como classe nacional, tem como contraface a existência de um Estado desarticulado por interesses particularistas, impedindo o recorte entre o público e o privado. Neste sentido, tanto a classe trabalhadora quanto a burocracia estatal estão prisioneiras de tais estruturas de cooptação e barganha. As diferenciações encontradas podem ser atribuídas ao "timing" em relação ao Estado assumir a questão social como uma política pública, ao grau de organização da classe trabalhadora neste momento e à sua experiência pretérita na proteção social, ao desenvolvimento e estabilidade democrática, especialmente no que diz respeito às organizações de representação como sindicatos e partidos, à institucionalidade do aparato estatal e à sua autonomia política no enquadramento das demandas sociais.

Expansão, maturação e crise

A expansão dos sistemas de Seguridade Social, nos países considerados, ocorreu de forma a reforçar seu caráter fragmentado e estratificado, como parte da estratégia política de cooptação das frações mais organizadas dos trabalhadores. A conciliação entre acumulação/incorporação seletiva/redistribuição — lógica que presidiu a compatibilização dos interesses divergentes da ampla coalizão do Estado de Compromissos — começara a tornar -se altamente contraditória como parte da expansão e

maturação dos sistemas, em um contexto de desenvolvimento político e econômico distinto.

A insatisfação das expectativas, gerada pela própria política de seguridade, a criação de um poder sindical e partidário difícil de ser controlado, como conseqüência do jogo de barganha instaurado, o esgotamento do modelo de substituição de importações e a fragilidade da economia — baseada na liderança estatal e na entrada do capital estrangeiro e revelada no crônico déficit fiscal do Estado e na impossibilidade de controle da espiral inflacionária — são alguns dos problemas que evidenciam o colapso do populismo e o fracasso do modelo desenvolvimentista.

A necessidade de alterar a relação Estado/sociedade, adequando as estruturas administrativas a um novo papel, foi inviabilizada pelas forças e estruturas criadas como base de sustentação da coalizão modernizadora que emergiu no bojo da crise dos anos 30.

As tentativas de reformulação do Sistema de Seguridade Social, na direção de uma maior uniformidade, unificação e universalização, foram frustradas em muitos pontos, em um processo de marchas e contramarchas, em que se buscava modernizar as estruturas administrativas e viabilizar sua gestão mais racional, tendo no entanto, com limite, o próprio sistema político tecido em torno da proteção social.

As diferenciações encontradas neste processo de expansão e maturação dos sistemas de proteção social, em termos de sua maior cobertura e prodigalidade, além da maior participação estatal no financiamento do sistema, são atribuíveis à homogeneidade e organização dos trabalhadores, o que determinou a inclusão de uma perspectiva redistributivista através dos mecanismos da Seguridade. A inserção da proposta de melhoria das condições de reprodução dos trabalhadores no projeto de desenvolvimento nacional ou a identificação deste projeto apenas com o fortalecimento do Estado, vai depender, em cada caso, do nível de mobilização social que antecedeu o tratamento da questão social como política pública, considerando especificamente a organização da classe trabalhadora e a estabilidade das instituições de representação.

A sua estratificação, no entanto, não decorre apenas da lógica de cooptação estatal, mas faz parte da constituição do sistema político como um todo, incluindo a ação dos sindicatos e dos partidos políticos, que atuam dentro da mesma rede de clientelas, de forma a aumentar os privilégios corporativos.

A complexificação da estrutura política, a insatisfação das expectativas geradas por este processo, o acirramento das contradições entre coop-

tação e controle, tornaram difícil a possibilidade de compatibilizar as demandas emergentes no curso do processo de acumulação com a lógica política que presidiu a montagem dos sistemas de Seguridade Social. Por isto, a expansão e maturação destes sistemas manifestou-se como crise, insolúvel nos marcos de sua estrutura original.

O desenvolvimento com base no modelo de substituição de importações esgotara as possibilidades de crescimento sem ter gerado a superação da dependência em relação ao mercado e aos capitais externos, e sem ter eliminado a heterogeneidade estrutural. A política social, utilizada em maior ou menor grau para reduzir as desigualdades sociais pela incorporação dos trabalhadores mostrara-se incapaz de superar os limites impostos pelo próprio processo de acumulação e pela teia de interesses tecida ao redor das instituições de proteção social; como política compensatória, acabara por reificar as iniqüidades do mercado, como instrumento de controle da participação acabara por tornar-se um poder para os trabalhadores que escapava ao domínio das elites técnicas e políticas; como articulação de uma aliança nacional-desenvolvimentista acabara por isolar os trabalhadores no momento de crise econômica e integração subordinada de seus possíveis aliados ao capital internacional.

A Seguridade Social, mecanismo eficiente de estruturação de uma aliança entre classes, organizada pelo Estado, tornara-se o espaço de manifestação das contradições deste processo sociopolítico, requerendo uma transformação que não se alcançaria sem que se rompessem as condições que determinaram sua emergência, maturação e crise.

Reformas e contra-reformas: a difícil reformulação da relação Estado/sociedade

As quase duas décadas que vão dos meados dos anos 60 até os 90 seriam marcadas por profundas transformações na estrutura política e econômica na América Latina, em especial nos países do Cone Sul. Em primeiro lugar, pela alteração do sistema político, com golpes militares (Brasil, 1964; Chile, 1973 e Uruguai, 1973; Argentina, 1966 e 1976), e a implantação de regimes burocrático-autoritários, pondo fim a incorporação política dos trabalhadores dentro de um modelo populista.

Em segundo lugar, pela crise econômica do capitalismo que atingiu a região no início dos anos 80, pondo fim ao ciclo de crescimento econômico, requerendo uma nova inserção destes países na divisão interna-

cional do trabalho e no mercado capitalista mundial. Em terceiro lugar, pelo processo de transição à democracia, em nível nacional, enfrentando os efeitos deletérios dos governos militares e do endividamento externo sobre a economia e sobre a qualidade de vida da população.

Desde o colapso do populismo, com o fracasso do nacional-desenvolvimentismo tanto em controlar a incorporação dos trabalhadores quanto em superar os entraves inerentes ao desenvolvimento capitalista retardatário — ambos através de uma ação eficaz do Estado — o que se coloca em questão, na região, é a necessidade de reformulação da relação Estado/ sociedade, de forma a viabilizar a retomada do crescimento econômico, o controle da inflação e do déficit fiscal, a revisão da inserção no capitalismo internacional, a garantia da governabilidade e da estabilidade política.

Diferentes projetos, em distintos momentos, pretenderam dar uma resposta a esta nova ordem de questões, desde o prisma das forças sociais de sua sustentação. O fracasso ou êxito relativo de algumas experiências, bem como as mudanças no cenário internacional e nas formas de articulação das forças políticas nacionais, indicam o espectro das possibilidades, projetos e estratégias que ainda se enfrentam na definição de um rumo para o desenvolvimento nacional.

Neste contexto, as diferentes soluções encaminhadas para reformular a relação Estado/sociedade incidiram em um conjunto de reformas do sistema de Seguridade Social, cuja viabilidade dependeu do êxito geral do projeto, assim como do enfrentamento que se deu no interior do próprio sistema de proteção social. Embora não tenha sido uma mesma cronologia das reformas para cada um dos quatro países estudados, assim como tenha variado o impacto de cada uma delas, certo é que podemos identificar tanto na experiência institucional quanto nos projetos ideológicos, a existência destas propostas de reforma, como matrizes que orientam a formulação e articulação das formas de transformação do enquadramento da questão social.

A reforma centralizadora/burocrática: eliminando a participação

Os governos militares que tiveram lugar a partir dos anos 60, buscaram, sob a inspiração da ideologia de segurança nacional, redirecionar o sistema político, com a exclusão dos trabalhadores do pacto de poder, a desmobilização de suas organizações e das estruturas de representação

de seus interesses, e, assim, dar curso à internacionalização da economia, favorecendo a entrada de capitais e financiamentos internacionais.

As reformas levadas a cabo pelos governos militares no regime autoritário-burocrático caracterizam-se pela tentativa de exclusão, no processo decisório das políticas sociais, das forças mobilizadas em torno da questão social durante o período populista, de forma a eliminar o jogo político da barganha e pressão exercidas pelas categorias de trabalhadores intermediadas pelas organizações sindicais e pelos partidos políticos. A despolitização da questão social correspondeu, ao mesmo tempo, ao fortalecimento das estruturas burocráticas do executivo e à valorização da tecnoburocracia e das medidas racionalizadoras, levadas a cabo em um contexto de supressão da cidadania política e eliminação dos canais de representação e organização das demandas sociais. A centralidade do papel do Estado mudava, de provedor para o de planificador e racionalizador das estruturas, regimes e instituições que constituíram o sistema altamente fragmentado e estratificado que configurava o padrão de Seguridade Social destes países.

A maior uniformização e unificação do sistema corresponderam à necessidade de romper a fragmentação e diferenciação, bases do poder das estruturas corporativas, concentrando no aparelho burocrático estatal o poder decisório.

O maior ou menor grau em que estas mudanças ocorreram deve ser creditado tanto ao peso dos componentes estatais/societários consolidados na experiência anterior, quanto ao projeto governamental reformista de alteração do papel do Estado em relação ao desenvolvimento econômico e ao social.

A possibilidade de implantar medidas mais ou menos radicais explica-se também em função da força da coalização governamental, decorrente do apoio das camadas médias ameaçadas com a agudização da luta de classes no período anterior; do seu sucesso econômico; do seu poder de repressão às organizações contestadoras; da eficácia política das medidas legitimadoras no campo das políticas sociais, seja com a extensão da cobertura, redução dos privilégios e/ou tratamento focal para aqueles que sofriam os piores efeitos do modelo adotado.

O sucesso das reformas pode também ser creditado à sua inserção em um processo mais geral de reformulação do aparato estatal e da sua relação com a sociedade, de forma a libertar-se das peias legais e administrativas representadas pelas estruturas e instituições consolidadas durante o desenvolvimentismo populista.

A mudança, no entanto, foi também condicionada pelo nível de resistência apresentado pelas instituições corporativas e de auto-ajuda, bem como pelo lugar que elas tradicionalmente ocuparam no sistema de Seguridade e na cultura política local.

A substituição dos mecanismos de representação corporativos por canais burocráticos teve um sentido claro de privilegiamento dos interesses dos produtores privados de serviços, especialmente no caso da atenção à saúde, como se evidencia na redução dos serviços públicos, na deterioração da rede existente e na introdução de diferentes modalidades de privatização da lógica estatal.

Mesmo naqueles casos em que o governo militar seguiu atribuindo um papel central para o Estado na proteção social, com a ampliação da cobertura e da pauta de benefícios, não ocorreu uma maior participação dos recursos fiscais para financiar estas políticas.

Ao contrário, a redução do gasto público social marcou todos os governos neste período, e as medidas de ampliação da proteção social, quando ocorreram, foram custeadas por recursos parafiscais. As tentativas de desonerar o trabalho, substituindo contribuições por outras fontes de custeio não foram exitosas, de forma que, ao final do período, quase todos os países apresentavam um desequilíbrio financeiro semelhante àquele que havia justificado a intervenção e controle estatais.

A recorrência ao aumento das contribuições dos trabalhadores para financiar o déficit dos sistemas ocorreu de quatro formas: pelo aumento das alíquotas de contribuição; pela incidência de novos tributos e contribuições patronais sobre a folha de salários sendo repassada ao custo dos produtos; pela introdução de modalidades de pagamento de parte dos serviços pelos usuários; pela desvalorização do valor real dos benefícios que também tinham sido depreciados em função das altas taxas inflacionárias.

Assim, podemos afirmar que a reforma centralizadora/burocrática, embora tenha na maioria dos casos alcançado retirar das organizações corporativas e partidárias o controle sobre o recurso de poder que representava a política social, não alcançou, no entanto, quebrar a estrutura medular do sistema de Seguridade Social que havia sido montado anteriormente, preservando a estreita base financeira, a existência de regimes especiais e de um elevado grau de estratificação nos benefícios, a centralidade do Estado na prestação e/ou alocação dos recursos e definição do formato da proteção social e as distorções que caracterizaram o sistema,

como a evasão, a irracionalidade e improdutividade, os altos custos administrativos, a corrupção e o clientelismo.

A década de 80 vai ser caracterizada, na América Latina, pela ocorrência de dois fenômenos concorrentes e simultâneos: a profunda crise econômica e o endividamento externo na economia, e os processos de transição à democracia no campo da política.

A crise econômica que afetou os países centrais nos meados dos anos 70, no início dos anos 80 transmitiu-se aos países latino-americanos pela via do comércio e pela do financiamento. O endividamento foi o principal instrumento utilizado pelas economias latino-americanas para fazer face à crise dos anos 70, o que levou a um enrijecimento das possibilidades de enfrentamento da crise nos anos 80, já que se encontravam em uma situação muito mais desfavorável que na década anterior: alto nível de endividamento, aceleração inflacionária e custos financeiros crescentes (Tolkman, 1985).

Em 1982, após mais de 30 anos de crescimento, caiu o PIB em toda a América Latina e muitos países, incluindo os maiores e mais diversificados, viram-se em dificuldades para cumprir os compromissos com os encargos da dívida externa, submetendo-se ao monitoramento do FMI e adotando políticas recessivas de ajuste que debilitaram seriamente as economias da região, provocando um processo de desindustrialização (exceto Brasil). Os custos sociais do ajuste foram imensos, com crescentes taxas de desemprego, queda nos salários reais e uma profunda deterioração das condições de vida da população da região, com um significativo aumento das desigualdades sociais.

Simultaneamente, muitos países iniciaram um processo de transição à democracia ainda nos anos 80, de tal forma que as ditaduras militares que vigoraram, especialmente no Cone Sul nas duas últimas décadas, desapareceram da região até o início dos anos 90, dando início a processos de reforma da relação Estado/sociedade.

No caso dos países que vimos analisando até o momento podemos identificar com nitidez dois modelos de reforma da Seguridade Social, além da tentativa iniciada pelos regimes autoritários/burocráticos: um modelo universal/publicista e um modelo liberal/produtivista.

Se bem que como modelos de reforma eles tenham orientado a ação política institucional de diferentes grupos competitivos em cada um dos países, como experiências concretas foram corporificados em dois casos e momentos específicos: o Brasil da Nova República e a segunda fase da ditadura Pinochet no Chile.

Neste sentido, vamos tratar os dois modelos a partir destas experiências esoecíficas, de forma a permitir, posteriormente, identificar elementos de cada um deles em outras realidades, e tecer considerações de ordem mais geral.

A reforma liberal/produtivista: quebrando a estrutura

O governo militar chileno teve como características, segundo Garretón (1990), a personalização, atribuindo ao General Pinochet a legitimidade hierárquico-institucional e político-estatal, a capacidade transformadora, deslocando a relação Estado/sociedade nos marcos de um esquema neoliberal, e seu projeto de institucionalização política, expresso na Constuição de 1980, que consagra a passagem de um regime militar a um regime autoritário.

Até aquele momento a política social da ditadura militar havia se aproximado às características centrais identificadas nos demais países enquanto à reforma autoritária. No entanto, desde a primeira fase, existiu no Chile uma preocupação distinta com a descentralização dos sistemas sociais, projeto que se associava tanto aos desejos de desmontagem dos interesses corporativos centralmente organizados, quanto aos projetos de associação da descentralização, por um lado com a privatização e, por outro, com a criação de uma rede capilar de controle descendente desde o poder central personalizado até suas ramificações locais.

Em 1980, foi decretada a criação de um novo Sistema que alterou radicalmente a estrutura anteriormente existente, indicando uma verdadeira quebra da espinha dorsal do sistema corporativo, recolocando a questão da verdadeira proteção social nos marcos de uma nova relação Estado/sociedade, baseada em uma lógica competitiva e produtivista de mercado.

O novo sistema de pensões passou a funcionar a partir de 1981 (coexistindo até extinguir-se ao lado do antigo, que permaneceu com aqueles que não quiseram mudar para o novo sistema), e sua principal inovação foi o total rompimento com o sistema de repartição, criando um seguro privado, porém obrigatório, para os assalariados (voluntários para os autônomos) que entravam no mercado de trabalho a partir desta data.

Neste sentido, o novo sistema diferia do antigo, de caráter tripartite, com base em uma visão solidária e na função redistributiva da ação estatal, ficando legalmente regulamentada a estratificação no acesso dos trabalhadores a diferentes planos e serviços. Alterava-se assim o papel do Es-

tado de forma que agora ele apenas usava seu poder para compelir os trabalhadores a escolherem um seguro privado, definir as regras para o seu funcionamento e fiscalizar sua operação.

Foi autorizada a formação de sociedades anônimas para administrar seguros privados tanto na área de pensões — as Administradoras de Fundos de Pensões, AFP's — quanto na área de saúde — as Instituições de Saúde Previdênciária, ISAPRE's. Somente os segurados das AFP's poderiam optar por uma ISAPRE, passando a escolher entre vários planos, de acordo com sua capacidade de pagamento. O sistema público garantiria medicina preventina universal e assistência à saúde para os que não tiveram condições de optar por um dos planos de seguro-saúde.

Com relação aos fundos de pensão, pode-se afirmar que a mudança de um sistema de repartição para um de capitalização elimina os problemas de desequilíbrio financeiro gerados pelas mudanças demográficas, mas torna-se altamente vulnerável ao funcionamento de um mercado financeiro nem sempre muito desenvolvido e estabilizado, de maneira que o governo teve que tomar uma série de precauções, regulando as aplicações financeiras de forma a garantir um retorno mínimo para o trabalhador.

O financiamento do sistema ficou baseado exclusivamente na contribuição do trabalhador, com a eliminação da contribuição patronal, embora, ainda assim, em menor porcentagem do que a contribuição paga ao sistema antigo, o que, por representar um aumento significativo da renda líquida, funcionou como o principal incentivo para a opção pelo novo sistema. A participação do Estado no novo sistema se deu através da transferência das contribuições do trabalhador já acumuladas, repassando-as via "bônus de reconhecimento" para as AFP's, o que provocou um aumento dos gastos imediatamente, além da perda da contribuição do segurado para o setor público, afetando gravemente o financiamento e o orçamento públicos.

Atualmente, o sistema privado concentra recursos da ordem de 25% do PIB, em um mercado fortemente oligopolizado, conferindo benefícios a uma população que não ultrapassa 80.000 pessoas (além da reforma ter mantido a proteção aos militares à parte).

A redução do gasto público social em setores como saúde e educação, além do aumento das taxas de desemprego e subemprego e a concentração da renda, tiveram seus efeitos deletérios parcialmente compensados com a política de alocação muito seletiva dos recursos públicos, criando a "rede social" compensatória, destinada a prestar assistência aos

mais necessitados. Esta focalização concentrou-se na ajuda financeira a famílias de baixa renda em programas de atenção materno-infantil e promoção social. A efetividade destes programas manifestou-se com a queda dos indicadores de mortalidade infantil, dissociando pela primeira vez a deterioração das condições econômicas de sua manifestação em um indicador antes considerado altamente sensível.

No entanto, a perda do poder aquisitivo dos benefícios assistenciais, ao longo dos anos 80, mostrou a fragilidade das medidas compensatórias, que se bem tenham atuado para garantir a sobrevivência dos mais necessitados, inclusive em função da boa rede de serviços públicos anteriormente existente, não pôde substituir as perdas da fonte de renda e o desemprego, levando a um empobrecimento relativo e absoluto dos estratos médios e mais baixos da população (Raczinski, 1991).

A reforma chilena, que pela primeira vez quebrou a espinha dorsal do sistema de Seguridade montado pelos governos populistas, alterou a lógica solidária em direção a um parâmetro produtivista, no qual os beneficiários tornaram-se sócios de um projeto de desenvolvimento econômico afiançado pelo Estado e altamente dependente da sorte do mercado financeiro.

Criou-se um novo sistema de compromissos, mais adequado à nova fase de acumulação que requer maior produtividade em alguns setores dinâmicos, enquanto os mais atrasados são desvinculados deste processo, recebendo um tratamento diferencial. Não se trata mais de uma sistema de *exclusão* e um processo de cidadania regulada pela condição de trabalho, em uma lógica de barganha em que se supõe o comprometimento inelástico do Estado na provisão dos bens e serviços; ao contrário, o novo sistema é *inclusivo*, embora *segmentando* a clientela em um novo padrão de cidadania universalizada, porém estratificada pela produção. A estratificação em moldes de mercado econômico, e não de barganha política, requer, no entanto, a força de coerção do Estado, para exigir a obrigatoriedade da vinculação ao sistema por um lado, e, por outro, sua presença para garantia mínima de um funcionamento que não seja regido apenas pela lógica da acumulação em detrimento da legitimidade garantida pelo mínimo de proteção social. A participação estatal também ocorreu na forma de um desfinanciamento do setor público e na transferência de recursos ao setor privado, assumindo os custos financeiros da mudança e viabilizando, com os recursos destinados às políticas sociais, a constituição de uma nova ordem econômica, com clara hegemonia do capital financeiro.

A contradição começa a se instaurar quando os valores dos benefícios

garantidos pelo setor público chegam a se deteriorar a tal ponto que comprometem a eficácia dos programas de focalização, em um contexto em que a repressão tenha dado lugar ao processo de transição democrática.

O governo democrático que assumiu em 1990 reconheceu a necessidade de atenuar a grande dívida social gerada no período autoritário, em função do aumento da pobreza absoluta e do empobrecimento dos setores médios. No entanto, o êxito econômico do modelo neoliberal — o PIB per capita chileno cresceu 9,6% entre 1981-89 comparando com uma queda de 8,3% no mesmo indicador para o conjunto da região — levou o novo governo a considerar necessário manter as bases do crescimento que privilegiaram a empresa privada e a exportação. A busca da compatibilização entre o resgate do papel redistributivo do Estado e a manutenção dos fundamentos liberais do processo de acumulação encontra seu ponto de estrangulamento na falta de recursos financeiros para sustentar uma política pública que, mesmo atendendo o sistema segmentador da proteção social, seja capaz de atenuar as discrepâncias e aumentar o valor real dos benefícios destinados aos setores mais carentes.

A reforma tributária de 1990 foi a resposta encontrada para elevar os recursos destinados ao gasto público social, reservados para o aumento do valor dos subsídios monetários às famílias mais pobres e à recuperação da rede de serviços e salários dos profissionais.

A impossibilidade de cobrir todos estes gastos com recursos fiscais, sem comprometer o modelo de acumulação, tem levado o governo a buscar o apoio de organizações não-governamentais na prestação dos serviços, diversificando a sua compreensão da participação do setor privado. Foi criado o Fundo de Solidariedade e Inversão Social-FOSIS, funcionando como um Banco de Projetos Sociais, visando apoiar e promover projetos de participação e auto-ajuda comunitária, destinados a superar a pobreza e a marginalidade.

A possibilidade de compatibilização das demandas emergentes, de usuários e trabalhadores da área social, por uma melhoria do padrão de serviços e benefícios, com base em mecanismos de aumento da eficiência e produtividade, tanto no setor público quanto no privado, encontra como limites externos o modelo de acumulação e internos os interesses e práticas já consolidados no sistema de proteção social, gerando tensões nos arranjos entre acumulação e redistribuição, em um contexto de retomada da participação política e cidadã.

A reforma universal/publicista: tentativa de democratização

O processo de transição democrática no Brasil pode ser visto, de 1975 a 1992, a partir do lugar ocupado pela questão social em cada momento, como subdividido em 3 etapas, que mais ou menos se superpõem à periodização institucional: o período inicial, de 1975/84, de liberalização no autoritarismo; o período do primeiro governo de transição democrática, de 1985/1990; o primeiro governo eleito que se iniciou em 1991 e terminou em 1992.

Em cada um destes períodos a relação entre democracia e proteção social assumiu uma característica distinta.

Na primeira fase, emergiu um conjunto de novos atores sociais, articulados em torno de demandas reprimidas no campo das políticas e necessidades sociais — movimentos de profissionais, aposentados, movimento sanitário, movimentos populares e de usuários dos serviços sociais etc —, tecendo uma nova teia em torno das questões sociais políticamente problematizadas.

Neste momento, podemos dizer que a relação entre a questão social e a democracia passa pela formação de novas identidades coletivas, novas alianças e novas práticas sociais, de tal forma a constituir-se em um elemento propulsor do processo de democratização;

Em um segundo momento, com a ampla coalizão governamental representada pelo governo de transição, tem início um processo de reformulação das estruturas legais e instituições prestadoras de serviços sociais, com vistas a superar a "dívida social acumulada" durante os anos de autoritarismo. Foi uma fase em que a pobreza foi esquadrinhada em infindáveis diagnósticos que deram origem a projetos de governo de construção de uma nova ordem social, na qual a questão social foi tomada como parte intrínseca do modelo de desenvolvimento econômico em uma sociedade democrática. Neste sentido, a questão social seria, neste momento, a própria imagem substantiva da democracia.

Muitos dos atores e lideranças políticas e profissionais constituídos no período anterior foram chamados a ocupar postos-chave no governo assumindo a tarefa de construir, desde dentro do aparato estatal, a nova ordem social propugnada.

Por outro lado, o processo constitucional conformou-se em arena privilegiada na qual os diferentes atores se auto-reconheceram num processo de enfrentamento e negociação desconhecidos, tanto para as elites quanto para as organizações populares, no país.

A impossibilidades de transformar em medidas concretas as conquis-

tas sociais inscritas na Constituição de 1988, deu início a um processo de depuração dentro do governo em sua área mais progressista, assumindo a partir de então um caráter nitidamente conservador.

Iniciou-se então o terceiro período, antes mesmo do novo governo de tendência neoliberal, no qual as demandas sociais começaram a ser vistas como inviáveis no contexto de recessão, atravessando, comprometendo a possibilidade dos acordos internacionais acerca do pagamento da dívida externa, além de inscreverem-se em um projeto de desenvolvimento econômico-social que requer uma presença central do Estado. Neste sentido, as demandas e mecanismos propostos de política social passaram a ser vistos como empecilhos à democracia, que, neste momento, se traduz como sendo a desestatização e o favorecimento de uma economia ágil de mercado, em uma sociedade "pós-moderna".

As conquistas plasmadas na Constituição de 1988, em relação à Ordem Social, são tributárias da proposta formulada pelo Movimento Sanitário e pela sua organicidade. As dificuldades subseqüentes em levar adiante as propostas formuladas acabaram por identificar a Reforma Sanitária como uma reforma administrativa, ainda que provavelmente a mais importante mudança realizada no campo das políticas sociais em um contexto democrático, no Brasil.

O projeto de desenvolvimento no qual se inseria esta proposta de mudança estava calcado ainda no papel do Estado como indutor do crescimento econômico e como responsável pela distribuição da riqueza social através de políticas sociais compensatórias e promotoras do desenvolvimento social.

Na elaboração da Carta Constitucional a correlação reformista conseguiu inscrever no texto constitucional, sob o título da Ordem Social, os princípios da universalidade, eqüidade, uniformidade e equivalência e irredutibilidade do valor dos benefícios, gestão democrática descentralizada e participativa.

Estes princípios orientariam a organização da Seguridade Social pela primeira vez afirmada legalmente como compondo-se das ações e serviços nas áreas de previdência, saúde e assistência social, assumidos como funções públicas, sob a égide do Estado.

A utilização do conceito de Seguridade representou uma inovação importante, na medida em que houve uma dissociação parcial entre proteção social e o vínculo contributivo, assumindo no mesmo nível os benefícios contributivos e os assistenciais. No entanto, a manutenção da separação funcional entre previdência, saúde e assistência revela a inca-

pacidade de se superar a concepção da proteção social como seguro, à qual vão se superpondo programas assistenciais e diversificando-se a clientela, de tal forma que se pode falar de um sistema de Seguridade Social híbrido, ou seja, orientado por princípios e práticas concorrentes, originadas de uma base contributiva individual de um lado, e de programas distributivos assistenciais de outro (Teixeira, 1990).

O texto constitucional procurava acrescentar ainda um conjunto de mudanças relativas ao financiamento da Seguridade, no sentido da diversificação das fontes e menor susceptibilidade pró-cíclica, embora o resultado final tenha sido uma especialização das fontes de financiamento que foi altamente prejudicial ao setor saúde. No tocante ao financiamento global do Estado, a reforma constitucional e a Lei Orgânica da Saúde provocaram uma mudança profunda na distribuição dos recursos tributários entre os três níveis de governo, alterando a situação anterior de concentração dos recursos no nível central, do qual dependiam estados e municípios.

A proposição de um sistema de saúde único organizado em cada nível de governo em termos regionalizados e hierarquizados, com garantia de acesso universal e igualitário, com atenção integral descentralizado e com participação e controle social, fazia parte de mais de 20 anos de um processo de lutas e transformações no setor saúde. No entanto, não foi suficiente para assegurar as propostas de um sistema de saúde exclusivamente público (ficando reservado papel complementar para a iniciativa privada, mediante contrato de direito público), dando preferência a convênios com instituições filantrópicas.

A longa experiência de reforma acumulada durante estes anos garantiu que, ao final, a área de saúde tenha sido campo das políticas sociais que sofreu uma transformação mais radical nos últimos anos.

No entanto, a impossibilidade de equacionar o conflito distributivo nas condições de preservação de um pacto de poder autoritário (Bresser Pereira, 1985) e de um sistema político clientelista e patrimonial, com a introdução de um sócio a mais representado pelo capital externo exigindo uma parte significativa do excedente na forma de juros (Singer, 1988), acarretou crise permanente de governabilidade por um lado, deterioração de serviços e benefícios sociais por outro, e frustração das expectativas democráticas por parte da população.

Assim, pouco mais de três anos depois de promulgada a Constituição, o sistema de proteção social encontrava-se em uma nova crise de proporções tão profundas, que foi capaz de gerar soluções corporativas

que privilegiam os setores mais qualificados da classe trabalhadora, reintroduzindo, através de um sistema adicional de seguros privados, a segmentação das clientelas.

A crise do sistema de saúde revelou-se através da falência do sistema público hospitalar e da ausência de mecanismos efetivos para seu financiamento. As tentativas de solução para a crise no sistema público de saúde ocorreram com a exclusão voluntária dos usuários das camadas médias e também dos prestadores privados de serviços de saúde que se desvincularam do sistema público. O desfinanciamento do setor público vinha sendo acompanhado, desde o início dos anos 80, pela alteração no mercado de saúde provocada pela introdução dos planos de seguro-saúde, seja individualmente contratados, seja propiciados pela empresa contratante. Foi para este subsetor que tanto a clientela privilegiada quanto os prestadores mais competitivos se voltaram, mesmo que utilizando um conjunto de benesses e incentivos estatais.

O esgotamento das fontes de financiamento em um contexto recessivo e a extrema dependência do orçamento da Seguridade Social da receita proveniente das contribuições salariais inviabilizaram o equilíbrio financeiro do sistema, enquanto as iniqüidades em relação aos benefícios, a crise gerencial e a exorbitante evasão por parte das empresas que sonegam sua contribuição, aliadas à corrupção e à bancarrota do setor hospitalar público, criaram as condições para que a sociedade e o governo passassem a discutir novas propostas e projetos de reformulação da seguridade.

Diferentes em vários aspectos, todas elas entretanto têm em comum a reafirmação do princípio contributivo em detrimento de um sistema solidário, o que retoma como central o conceito de Seguro, separando os benefício pecuniários com base na sua estratificação, enquanto o setor saúde também se readequaria à nova realidade com autonomização dos hospitais públicos de alto nível e a reserva dos demais para o atendimento da massa de miseráveis.

Em outros termos, a ambigüidade do modelo de reforma universal/publicista em um contexto de democracia elitista e de uma política econômica altamente cerceada pelos compromissos internacionais e pela posição neoliberal de desestatização em favor do mercado privado, acabou sendo, progressivamente, superada pela realidade de um modelo de política social altamente segmentado, apesar de inclusivo.

Rumo a um padrão de inclusão segmentada?

O início dos anos 90 marcam um ponto de inflexão na história da Améria Latina, no qual se redefinem relações econômicas e políticas, tanto no interior dos diferentes países quanto em sua inserção no cenário mundial. Ao final da "década perdida" podia-se constatar as profundas transformações ocorridas na região: a estagnação econômica, a enorme transferência de recursos para o exterior, a desarticulação em relação à economia internacional, cuja reorganização em grandes blocos alijou, pela primeira vez, a América Latina de sua vinculação, ainda que como dependente, do capitalismo avançado. Ao lado disso, recompõem-se a sociedade democrática trazendo para o cenário político um conjunto de novos atores sociais e de novas práticas políticas na mediação das demandas populares diante de um setor público que perdeu a capacidade de gestão econômica e se encontra sem condições de dar uma resposta satisfatória à explosão das demandas autoritariamente contidas.

Os elevados níveis de concentração de renda em conseqüência das políticas recessivas e das taxas de inflação não declinantes levaram à deterioração da qualidade de vida dos setores populares, afetando também as camadas médias, embora a expressão desta piora nos indicadores sociais não tenha se manifestado na mesma velocidade e proporção, indicando a importância da rede de serviços sociais preexistente, no sentido de atenuar os efeitos perversos da crise.

Além de ser uma conseqüência do endividamento externo levado a cabo nos anos 70 e de toda uma história de expansão incessante do setor público, acarretando uma profunda crise fiscal difícil de ser contornada na conjuntura atual, as economias latino-americanas foram afetadas pela mudança radical do padrão de industrialização dos países centrais, ocorrida a partir dos últimos vinte anos.

Segundo Souza (1990: 2) a indústria até então era altamente utilizadora de mão-de-obra e de recursos naturais e os ganhos de produtividade estavam associados à utilização intensiva de capital, o que condicionava a localização e expansão dos conglomerados em países que oferecessem abundância destes recursos. No entanto, a nova indústria passou a depender cada vez menos de mão-de-obra e a consumir menos insumos naturais, além de requerer pesados investimentos, em geral estatais, em desenvolvimento científico e tecnológico, redirecionando a economia mundial para países já industrializados e/ou em condições de adotarem novas estratégias industriais. Nesse processo, a América Latina, pela primeira vez,

encontrou-se desvinculada da economia mundial, levando analistas econômicos e políticos a avaliarem os anos 90 como um ponto de inflexão entre o padrão de desenvolvimento precedente na região, sem no entanto aventar uma hipótese definitiva sobre o futuro.

As tentativas de reinserção da economia latino-americana têm acarretado o fenômeno bem caracterizado por Sunkel (Lechner, 1990) como a "integração transnacional e desintegração nacional", manifesto como crise do Estado-nacional, tanto como espaço econômico quanto como forma política capaz de assegurar as funções clássicas de arrecadação, coesão e coerção.

A necessidade de mudança impõe de imediato a reforma do Estado, de forma a desatrelá-lo das redes de interesses econômicos e sociais que buscam realizar-se através de sua expansão incessante, buscando dar lugar a uma economia de mercado e à política como representação.

As perspectivas de reforma, no entanto, são divergentes. De um lado, encontram-se aqueles que percebem a necessidade de um planejamento mais estratégico e uma alocação seletiva dos recursos estatais no desenvolvimento de novas tecnologias e o aumento da capacidade de administração dos conflitos, o que vai requerer um Estado fortalecido em sua capacidade técnico-administrativa, política e de planejamento. Assim, o Estado-tutelar daria lugar ao Estado-estrategista.

De outro lado encontram-se aqueles cuja melhor expressão seria a proposta de De Soto (Cueva, 1988: 129) no sentido de substituir a "falsa ética da justiça distributivista" pela "correta ética da justiça produtivista", identificando a estatização como a causa de todos os males, e não uma de suas conseqüências, e a mercatilização como a via de solução para os problemas da região.

O dilema a ser resolvido é a inexistência de mercados reais em sociedades de tal forma estratificadas em submundos nos quais não há comparabilidade e intercambialidade (Reis, 1988), noqual o desafio colocado para uma ordem social de tal forma segmentada é como chegar à modernidade com um contingente de quase um terço da população excluídos dos níveis mínimos de integração, podendo ser considerada não apenas supérflua, mas como um grande peso para o Estado (Lechner, 1990).

A possibilidade de normalização de uma ordem social baseada na apartação social parece incompatível com a cultura regional, para a qual a democracia foi vinculada, via populismo, muito mais com a justiça substantiva do que com as regras processuais.

A crise do Estado-nação reside, exatamente, na acentuação da con-

tradição entre o caráter cada vez mais internacionalizado da reprodução e acumulação de capitais enquanto a reprodução do consenso segue adscrita à nacionalidade, no encontro do Estado com a cidadania. Em nossos países, cujo eixo da acumulação está dado pela heterogeneidade estrutural, a necessidade de se garantir a integração e participação através da redistribuição operada pelo Estado via políticas sociais acentua esta dimensão de crise, na medida em que o poder público torna-se incapaz de preservar suas funções clássicas, abrindo espaço para a emergência de uma situação de desagregação social e surgimento de poderes paralelos à legalidade e justiça.

As mudanças no tecido social indicam, por outro lado, democratização microssocial, na qual a participação aparece como estratégia de superação da pobreza política, como afirma Guimarães (1990), o que ocorre paralelamente com a exigência de uma democratização macrossocial, envolvendo a reforma do Estado e a garantia de justiça social.

A multiplicação das inúmeras organizações sociais e formas de participação nos últimos anos, se bem possa, em um contexto recessivo, acentuar aspectos corporativos, não deixa mesmo assim de ser um avanço em relação à situação anterior quanto à estrutura de oportunidades de participação. Os movimentos sociais, ao desvincularem a cidadania da tutela da legislação trabalhista, colocaram como questão central da democracia a aproximação entre as instituições políticas e os processos sociais, criando a possibilidade de introduzir as organizações populares no processo decisório das políticas públicas.

As elites políticas defrontam-se com o dilema de abrir o jogo político de forma a incorporar a experiência e as demandas dos setores populares organizados, sabendo que isto implica administrar diferentemente a distribuição dos recursos escassos, ou relegar essa massa periférica a uma situação de deserdados sociais, o que representa o fortalecimento de uma sociedade dual. Esta dualidade, por ser localizada nas grandes metrópoles, cobra uma visibilidade através do aumento incontrolável da violência e da consolidação de uma estrutura de poder econômico e político vinculado à criminalidade e ao tráfico, ameaçando a existência da própria ordem social na América Latina.

A dialética entre estas tendências de natureza contraditória, entre integração e exclusão, acentuação do corporativismo e universalização da cidadania, constituição de novos sujeitos políticos e desagregação, passa pela capacidade das instituições democráticas representativas articularem-se com os processos sociais emergentes, consolidando a comunidade

nacional e reconstruindo o Estado, em um formato distinto daquele cuja crise evidencia sua exaustão.

A incapacidade das instituições tradicionalmente mediadoras das demandas sociais de expressarem e articularem esta pluralidade e diversidade das formas organizativas tem sido apontada, no caso específico das políticas sociais, como no fenômeno recente ao qual denominei *revolta da cidadania*, para identificar a emergência de um novo ator político representado pelo papel dos aposentados na cobrança judicial dos seus direitos solapados pelo executivo nos casos do Brasil e Argentina, mas que teve sua manifestação mais profunda no Uruguai.

As transformações em curso no campo das políticas sociais apresentam duas tendências de movimento que se deslocam desde o central para o local, e desde o público para o privado, podendo-se afirmar que se está processando uma readequação do padrão de relacionamento entre Estado e sociedade.

No eixo que vai do *central* para o *local* encontramos a estratégia de construção democrática de sistemas de proteção social universais e controlados socialmente, enquanto no eixo que vai do *público* para o *privado* encontramos a estratégia de racionalização da política pública voltada para o aumento da produtividade e da eficiência com redução do gasto público. No cruzamento destes dois eixos encontramos possibilidades alternativas de combinações polares em substituição aos modelos central/público, prevalecente nos governos populistas, e central/privado, característico dos regimes autoritário/burocrático, tais como local/público, local/privado, além de novos mix público/privado, no interior de cada uma das combinações binárias.

Evidentemente que a combinatória a prevalecer vai depender da articulação das forças sociais em torno de suas demandas e sua presença no cenário político nacional.

A orientação atual de inspiração neoliberal, baseada nos princípios de descentralização, privatização e focalização encontra diferentes traduções e enfrentamentos nos movimentos sociais que propugnam pelas reformas das políticas sociais em termos de aumento do controle social, da participação e da distribuição.

A tendência observada na realidade regional, para além dos modelos expressos nas propostas de reforma que estão em jogo na cena política, a universal/publicista e a liberal/produtivista, indica uma adequação dos mecanismos de política social a uma segmentação da sociedade, com a-

profundamento da heterogeneidade estrutural, em uma conjuntura de alteração do modelo econômico e do papel do Estado.

Atualmente, a tendência da política social seria exatamente a de fornecer os mecanismos e instituições capazes de regulamentar e legitimar a segmentação social existente, não mais através de um sistema que transforma benefícios em privilégios entre os incluídos e pune os demais com a exclusão, mas sim através de um sistema universal de inclusão segmentada na condição da cidadania.

Diferentes mecanismos, lógicas diferentes, novos mix público/privado, sistemas sociais distintos vão tentar estruturar uma ordem social em que, pelo fato de todos poderem ser incluídos, não encaminha à igualdade, mas sim entronize a diferenciação.

Mais uma vez, recorrentemente, a política de proteção social, configurada na engenharia da Seguridade Social, é chamada a resolver o dilema primal da ausência de integração da nacionalidade, portanto, a fragilidade estrutural do Estado-nação.

Novamente, a institucionalização da cidadania, como condição de possibilidade de garantia do exercício do poder político é, paradoxalmente, a negação da cidadania enquanto igualdade jurídico-política básica, fundamento da abstração e generalidade estatal.

A contradição entre a emergência de uma consciência cidadã, com uma intensidade nunca vista entre nós, e a reificação da existência de **ESTADOS SEM CIDADÃOS**, em um projeto de readequação do padrão de proteção social em direção a uma *inclusão segmentada*, adia mais uma vez (até quando?) o enfrentamento da questão fundamental da proteção social: a constituição plena de uma comunidade nacional democrática.

Referências bibliográficas

CUEVA, A., 1988. *Las Democracias Restringidas de América Latina*, Ecuador, Letraviva.

FLEURY TEIXEIRA, S., 1987. O Dilema Reformista na Reforma Brasileira. In: *Revista de Administração Pública*, RJ, vol. 21, nº4, out/dez.

GARRETÓN, M. A., 1990. Las Condiciones Sócio-Políticas de la Inauguración Democrática en Chile. In: *Working Paper*. nº 142, Kellogg Institute.

GUIMARÃES, R., 1990. O Leviathan Encurralado: Continuidade e Mudança no Papel do Estado na América Latina. In: *Planejamento e Políticas Públicas*, Brasília, nº 4, dez.

LECHNER, N., 1988. *Los Pátios Interiores de La Democracia*, Flacso, Santiago.

MESA-LAGO, C., 1985. El Desarrollo da la Seguridad Social en América Latina; *Estudios e Informes de la Cepal*, nº 43, Santiago.

PAPADÓPULUS, J., 1991. *Previsión Social en Uruguay — Origines, Evolución y Meciación de Interesses en la Restauración Democrática*, Tese de Mestrado IUPERJ, RJ.

RACZINSKI, D., 1991. Estado de Bienestar y Políticas Sociales en Chile: Orígen, Transformaciones y Perspectivas. relatório de pesquisa *Welfare Reform in a Democratic Context*, Kellogg Institute, ND.(mimeo)

REIS, F. W., 1988. Consolidação Democrática e Construção do Estado. In: Reis e O'Donnell (org.) — *A Democracia no Brasil*, S.P., Vértice.

SINGER, P., 1988. *Reflexões sobre Inflação, Conflito Distributivo e Democracia*. In: Reis e O'Donnell (org.) — *op.cit.*

SOUZA, P. R., 1990, A América Latina nos anos 90: Voltando aos Trilhos?, UNICAMP.(mimeo)

TEIXEIRA, A., 1990. Do Seguro à Seguridade: A Metamorfose Inconclusa do Sistema Previdenciário Brasileiro. In: *Textos para Discussão*, nº 249, IEI/UFRJ.

TOLKMAN, V., 1985. Crisis, Ajuste Económico y Costo Social. In: *El Trimestre Económico*, Fondo de Cultura Económico, México.

Mutacion de los Servicios Publicos de Atencion Medica y Politicas Sociales. Hacia un Proyecto Fundacional?

Laura Lerner

Introduccion

Los hechos centrales que dominan la problemática social y política de América Latina son la crisis económica, las políticas de ajuste de base doctrinaria neoliberal y las constricciones que de ello se derivan para la consolidación democrática.

La centralidad de lo económico presente en la percepción de la crisis y en la reformulación de las políticas estatales no impide verificar que los procesos sociales comprometidos desbordan lo económico, y se inscriben en una profunda redefinición de las relaciones entre Estado y Sociedad.

Reconversión Económica y Reforma del Estado son los ejes instrumentales en torno a los cuales se intenta reestablecer las rigurosas fronteras que concebían la economía como territorio autónomo del Estado, aquél Estado sujeto, racionalizante y exterior a la sociedad misma.

La objetiva necesidad de reforma del estado se tergiversa en esa perspectiva y se traduce en una rigurosa demarcación entre "lo público" y lo "privado". Demarcación que toma cuerpo en la reformulación actual de las políticas sociales, y en la consiguiente mutación de los sistemas protección social.

La apelación a la crisis y a la reducción de la intervención estatal no son nuevas en nuestro país. Tampoco lo es el énfasis puesto actualmente en la superioridad del mercado respecto de las instituciones políticas en la asignación y distribución de recursos. Lo que distingue la crisis actual es la propia percepción de la ruptura que significó la recomposición del capitalismo Argentino iniciado a mediados de los 70. Distintos analistas han señalado que desde entonces se observa un drástico proceso de rees-

tructuración económica, política y social; la emergencia de un nuevo régimen de acumulación.

Como en todas las grandes crisis se producen cambios profundos en las relaciones entre las clases y los actores sociales, dando lugar, no sólo a realineamientos y nuevas líneas de conflictos, sino también a una alteración de la propia representación que los actores tienen sobre sí mismos, sobre los otros, y sobre los marcos institucionales (Gourevitch, 1985). El escenario actual puede definirse entonces como un punto de inflexión que busca establecer un "equilibrio" del sistema político, en especial y a través de los cambios en la relación entre el Estado y determinados actores sociales, y del propio rol del estado con respecto a la sociedad en su conjunto.

El objetivo de este trabajo será identificar los cambios que se establecen en dicha relación, a partir del análisis de las transformaciones que se perfilan en la naturaleza y en la lógica de los sistemas de protección social, centrándonos en aquellas vinculadas a la atención de la enfermedad. El período en estudio abarca los últimos años de institucionalidad democrática.

Si bien en los países centrales existen distintas apreciaciones acerca del real impacto del "circulo virtuoso" generado a partir de las técnicas Keynesianas de desarrollo de la economía, y de la expansión del Gasto social, no cabe duda que estabilidad y dinamismo caracterizaron el desarrollo de esas sociedades. Ello fue posible mediante dos requisitos esenciales: pleno empleo y crecimiento. Junto a ello, y mediante la extensión de los derechos sociales y de los sistemas de protección social la igualdad abstracta de oportunidades, tendió a convertirse, aunque en forma parcial, en igualdad de resultados; atenuando así las diferencias que se originan en la desigualdad económica de los individuos (Rawls, 1975).

Como se sabe, en la Argentina, aquél "circulo virtuoso" nunca llegó a concretarse. Los años que abarcan la construcción del "Estado de Compromiso" se caracterizaron por una permanente crisis de hegemonía (Portantiero, en Braun, 1973). Sistemas políticos fuertemente corporativos a expensas del sistema de representación de partidos, estados débiles, y alternancia de régimenes autoritarios y de democracias restringidas, constituyen el contexto sociopolítico de las restricciones impuestas a la utopía del crecimiento autosostenido y del pleno empleo. Este rasgo, común a la mayoría de las economías latinoamericanas que se integran al ciclo expansivo del Capitalismo en la segunda posguerra, se complementa con el carácter fragmentario que asume la ciudadanía en estas latitudes, y con la

construcción de instituciones de política social como campos diferenciados. Estas diferencias sustantivas advierten sobre los riesgos de cualquier asimilación mecánica entre los Estados de Compromiso Latinoamericanos, y también del Argentino, y los Welfare State de aquellos países centrales dónde su desarrollo fue más pleno.

Habida cuenta de tales diferencias, qué aspectos deberían considerarse para discutir el alcance de los cambios que se verifican en las instituciones de política social, aún partiendo de su propia fragmentación?. Nuestro punto de partida sugiere que dicha fragmentación no invalida la racionalidad extramercantil que caracterizó a esas instituciones al menos hasta la crisis de los 70. El eje de análisis será entonces la identificación de los cambios que se producen en esas "organizaciones desmercantilizadas" destinadas a la reproducción colectiva. Estas instituciones de carácter estatal, ó reguladas por el estado, " aunque están orientadas hacia la acumulación capitalista, su propósito inmediato no es producir mercancías rentables para el mercado" (Offe, 1985:268). La racionalidad extramercantil presente en la dinámica de su propia lógica, orientada a la producción y distribución de valores de uso (Offe, 1985: 78), subvierte de algún modo la imágen del hombre como mero calculador racional y maximizador de utilidades. De allí que la identificación de los cambios en instituciones de política social, la naturaleza de sus alteraciones, constituyen cuestiones a nuestro entender centrales, para discutir la orientación de las transformaciones que se están produciendo.

El contexto social de los cambios

Las políticas de ajuste que en forma intermitente se aplican en el país desde hace años reestructuraron drásticamente la economía dando lugar a la consolidación de nuevos grupos económicos y financieros de capital local que han ganado espacio expandiendo y diversificando su actividad productiva e intereses económicos. Junto a ello se han operado profundos cambios en el mercado de trabajo, reformulación de las relaciones laborales y deterioro creciente de bienes y serivcios públicos colectivos. La estrategia de desregulación, privatización y apertura de la economía que impulsa la lógica del ajuste, ha generado un proceso de empobrecimiento generalizado, que se ha profundizado en los últimos años de institucionalidad democrática abarcando a sectores asalariados y medios.

Las manifestaciones más relevantes de este proceso son:

— Caída del empleo industrial formal. Aumento del empleo no registrado que en 1991 alcanzó al 25% de los asalariados, 1.000.000 de personas subocupadas, alrededor de un 7,9% de la PEA. (Lo Vuolo, 1991)

— Aumento de las desigualdadades entre los asalariados. Mientras que en 1975 el estrato más bajo de asalariados, aquel que abarca el 30% de los de menores recursos, recibía el 13,5% de los ingresos totales, en 1989 esta proporción descendió a 9.8% lo que significa un descenso del 37.4%. El estrato medio que abarca al 60% de los asalariados y que recibía en 1974 el 60.7% de los ingresos totales, en 1989 percibía el 55.2% y el 10% superior aumenta su participación en el total en una proporción del 35% (Beccaria y Orsatti, 1989).

— El aumento de las desigualdades entre los asalariados se acompaña de un proceso de deterioro salarial que se refleja en una reducción de 45 puntos entre 1975 y 1989.Tras un repunte significativo en los primeros años de la restitución democrática, se verifica un descenso de 30 punto entre 1986 y 1991 (Indec, 1992).

— Como consecuencia de lo señalado se ha producido una ampliación de las brechas existentes entre los ingresos de las personas y las familias.En 1974 el estrato de ingresos mas bajos -el 30% de la población — recibía el 11.4% de los ingresos totales, en 1990 esa proporción descendió 9,4% en tanto que el 10% más rico aumenta su participación un 25%.Así, mientras la Argentina se caracterizaba por una sociedad más homogénea que otros países de similar desarrollo, a partir de 1975 se observa un proceso de concentración creciente del ingreso en los niveles mas altos de la población, no solo a expensas de los sectores de bajos ingresos, sino también de los sectores medios; si bien en términos reales la caída ha sido más severa para los primeros (Beccaria y Orsatti, 1989)

— Entre Octubre de 1991 y Octubre de 1992 la desocupación pasa del 6% al 7% de la PEA, alcanzando lo valores registrados en los episodios hiperinflacionarios de 1988 y 1989.

Ello ocurre en un contexto en que la tasa de actividad llega a los niveles de 1974, cuando las tasa de desocupación rondaba el 2.4%. Esto significa que la economía no absorbe la demanda de trabajo.

— A pesar que la relación gasto social/ PBI no parece haber caído significativamente en los ochenta, en valores per cápita verifica un descenso

del 8% (Beccaria y Carciofi, 1992). La información que presenta el Presupesto de 1993 registra un leve aumento del gasto social en relación al PBI, pero debe destacarse que en nuestro país La Seguridad Social Médica y Previsional no se fianancia con recursos presupuestarios, sino que sus fondos provienen de aportes y contribuciones sobre la nómina salarial, aunque en los últimos años la Seguridad Social Previsional cuenta con fondos tributarios pero en una proporción menor respecto de aquellos generados vía el salario. Esta distinción es necesaria, dada la importancia del peso relativo de la Seguridad Social Médica y Previsional en el total del gasto social. En el trienio 1984-1988 representaba el 53% del gasto total mientras que en 1993 esta proporción asciende al 58%. Ello da cuenta de una disminución de los gastos en salud pública, educación y vivienda que explicaría en parte el retiro del Estado de estas funciones, a pesar de la relativa estabilidad que presenta el gasto social en su conjunto.

El comportamiento de los gastos sociales no constituye un indicador suficiente si de lo que se trata es de evaluar la amplitud y el impacto redistributivo de los sistemas de protección social. Las características de la estructura tributaria que financia el gasto público, el orígen de los recursos que financian la seguridad social, como así también la naturaleza y calidad de las prestaciones brindadas constituyen elementos de análisis indispensables. En este sentido la actual "racionalización" de las políticas sociales se da en el marco de un esquema tributario altamente regresivo, ya que se basa fundamentalmente en impuestos que gravan el consumo y el salario, lo que condiciona seriamente el impacto redistributivo del gasto social.

Reformas de los servicios publicos de atencion medica y politicas sociales.

Como en muchos países Latinoamericanos, las reformas actuales en el terreno de las política social se producen en el marco de una sociedad cada vez más dual, y de servicios públicos colectivos altamente diferenciados.

En este proceso, es dable observar distintos mecanismos orientados a deslegitimar las antiguas formas de intervención estatal, y al mismo tiempo la construcción de nuevas "formas de verosimilitud" (Gruner, 1998). En un nivel ello se traduce en diversas apelaciones a transferir la responsabilidad colectiva a la órbita de lo individual cuestiones básicas que

hacen a la reproducción social. Y es también en esta dimensión, que se asiste a un proceso de redefinición de prácticas sociales, de redistribución de alianzas y de cambios en la propia identidad de los actores que tiende a vulnerar el sentido mismo de las instituciones de política social.

Cabe aclarar que esta presunción se basa en datos empíricos que describen una orientación general de los cambios que se están produciendo. Como tal tiene escaso valor para basar convicciones. El abordar así, la problemática planteada, tiene sólo por objeto trazar algunas líneas para la investigación futura que enriquezca el conocimiento sobre el proceso en marcha.

Las reformas que se postulan no tienen los mismos alcances ni plantean un único patrón de transformación en todos los ámbitos de la política social. La mutación mayor es quizás la que se avisora respecto al sistema previsional, cuya reformulación se orienta hacia una privatización. Un agotado sistema de reparto basado doctrinariamente en la solidaridad social es reemplazado por un contrato comercial y personal entre un individuo y una entidad financiera, en un intento de disminuir los costos laborales y de transferir nuevos recursos hacia el mercado de capitales.

La reforma del sistema educativo se plasma a partir de una desvinculación del gobierno nacional como prestador directo de este servicio mediante la transferencia de escuelas a provincias y municipios, culminando un proceso de descentralización que viene dándose desde hace años.

Pero es quizás en la propuesta oficial de la Ley Federal de Educación dónde se avisora con más claridad el núcleo ideológico de la propuesta. En un intento de reconstruir la base moral de una cultura tradicional y los valores de un supuesto ethos hoy erosionado se cuestiona la laicidad de la enseñanza, se limita la obligatoriedad sólo a la escuela primaria y no se menciona el principio de gratuidad que caracterizó al sistema educativo por más de 100 años.

A pesar del "encanto cultural" que ha provocado la prédica antiestatista, la viabilidad y la efectiva implementación de las transformaciones propuestas se ven últimamente constreñidas por amplias expresiones de la ciudadanía; provocándose una situación de impasse, que en el caso de la reforma educativa ha generado un replanteo, y con respecto a la reforma previsional, una serie de normas para administrar la transición hacia el nuevo sistema que aún se debate en el Congreso.

Sin embargo, en el campo de la Seguridad Social previsional, dicho impasse no impide observar algunos movimientos sin duda relevantes. No

sólo el capital financiero se constituye en un nuevo actor de trascendencia en el escenario político que orienta la reforma, sino que "viejos actores", con gran poder de veto en el sistema político Argentino — sectores importantes del sindicalismo- se reposicionan y negocian su incorporación como entidades aseguradoras del nuevo sistema. Algunos sindicatos como por ejemplo el de empleados de Comercio, ha establecido un régimen de jubilación privada financiado sólo con aporte patronal y negociado en convenios colectivos que han sido homologado por el Estado. La nueva estrategia empresarial de los sindicatos no es exclusiva de este campo de la política social como veremos más adelante, y constituye una respuesta a la erosión de su poder económico y político, resultado por un lado de la creciente segmentación y precarización del mercado de trabajo, y por otro de la adecuación a las nuevas condiciones que imponen las privatizaciones de empresas públicas, y la reformulación de las relaciones laborales. Esta nueva dimensión del sindicalismo, el incremento de la fragmentación que genera en sus filas, son algunos de los indicios, a nuestro criterio más relevantes del profundo y contradictorio proceso de mutación que va perfilándose, proceso que se expresa también aunque de una forma mucho más compleja y con distintas modalidades en el campo de la salud.

Para comprender en sus justos términos la orientación impresa a la política de salud se requiere unos breves comentarios acerca de la organización institucional de los servicios de médicos en nuestro país.

Existen tres áreas,por un lado los hospitales públicos financiados por el estado en sus diferentes niveles, federal, provincial y municipal.En segundo lugar, las obras sociales que constituye la forma que asumió la seguridad social médica, conforman un seguro obligatorio para los asalariados formales y su grupo familiar primario.Son alrededor de 250 entidades, en su mayoría dependientes y administradas por los sindicatos ó por el Estado cuando éste actúa como empleador, y se financian con aportes y contribuciones sobre el salario. Muy pocas poseen capacidad instalada propia, son entidades financiadoras que contratan servicios con el sector privado y sólo esporádicamente con los hospitales estatales; si bien en la actualidad este tipo de contratos se ha constituído en una práctica más generalizada.

En 1986 concentraban aproximadamente un 38% del total del gasto en salud, mientras que el sector público representaba un 22% y el resto se completaba con el gasto privado de las familias (Cetrángolo et al. 1992). No se dispone de información actualizada del gasto en salud, pero es po-

sible suponer un fuerte incrementos del gasto de las familias. Volveremos sobre ello más adelante.

Lejos de ser equitativo,las obras sociales reproducen las desigualdades de ingresos vigentes en la actividad económica ya que los aportes y contribuciones descansan sobre los salarios medios de las distintas ramas de producción de bienes y servicios. Ello determina níveles disímiles de recaudación de recursos entre las distintas entidades, y provoca profundas disparidades en el nivel de oferta y gastos en servicios médicos; si bien al interior de cada entidad las prestaciones fueron en un inicio parcialmente homogéneas. A pesar de la existencia de un fondo compensador que funciona en el ámbito del organismo estatal que las regula, no se ha logrado atenuar las diferencias.

Por su parte el sector privado brinda fundamentalmente servicios a las obras sociales y cubre población no asegurada de medios y altos ingresos no integradas al sistema. Su desarrollo mayor se ha dado en las últimas dos décadas.

La restitución al mercado de áreas centrales de las políticas de salud es el principio instrumental por excelencia a partir del cuál se intenta hacer más eficiente los servicios médicos en nuestro país. Los mecanismos que para ello se implementan son la descentralización, la focalización del gasto y la privatización.

Si bien es posible verificar cambios sustanciales, los intentos de un nuevo órden se ven sucesivamente bloqueados. Ello se debe quizás, menos a la resistencia de la ciudadanía y a la oposición de alternativas, que a la histórica debilidad del estado como regulador del sector. Así, la reorganización de los servicios se da en el marco de una dinámica espasmódica de estrategias individuales, de actores e instituciones, que producen formas anómicas de funcionamiento, aumentan la fragmentación, al mismo tiempo que va moldeándose una nueva lógica organizativa.

El eje de la reforma de los servicios estatales es la constricción del gasto público, núcleo central de la prédica fiscalista de la crisis y de la visión eficientista que orienta la redefinción del hospital público.

La ineficiencia de los hospitales públicos se originan en gran parte del comportamiento fragmentario e incoordinado que ha caracterizado al sector, además de las limitaciones que imponen la crisis fiscal y el ajuste de los gastos estatales. En virtud de la crisis de la seguridad social, que más adelante esbozaremos, muchos afiliados a las obras sociales utilizan el sector público para su atención médica generándose una sobredemanda difícil de absorber por parte de las instituciones, en las que las restric-

ciones fiscales han acentuado algunos problemas estructurales. Entre éstos cabe mencionar además de la obsolecencia de la infraestructura y la falta de modernización tecnológica, el deterioro creciente del salario médico y del conjunto del personal hospitalario, acentuación del doble empleo, y deterioro del sentido de pertenencia a la institución. A ello debe agregarse crecientes problemas de inequidad en términos de acceso diferencial, que esta dinámica institucional favorece y que la política sanitaria refuerza.

La privatización de las instituciones hospitalarias se implementa de dos maneras. Por un lado generalizando el arancelamiento de las prestaciones, y por otro a través de contrataciones con grupos privados que utilizan la infraestructura hospitalaria para el desarrollo de servicios de mediana y alta complejidad. En dichos servicios se brindan prestaciones no gratuitas a particulares y se realizan contrataciones con aseguradoras privadas y con la Seguridad Social, en cuyo caso se formalizan ó no contratos. Junto a ello se han privatizado los servicios periféricos (mantenimiento, cocina etc.)

Estas nuevas estrategias de gestión no siempre están apoyadas en marcos institucionales explícitos, sino que constituyen respuestas de las administraciones hospitalarias a la restricción presupuestaria y a la perspectiva de autofinanciamiento, que sustenta como meta el marco doctrinario de la reforma. En este escenario la creciente vinculación de los establecimientos estatales con la Seguridad Social, es sólo un medio para incrementar los recursos hospitalarios.

El arancelamiento de las prestaciones para aquellos sectores con capacidad de pago tiene por objeto limitar el financiamiento estatal sólo a la población indigente. Sin embargo,y a pesar de carecer de estudios sistemáticos sobre el impacto de tales condiciones, el desfinanciamiento de las instituciones hace que éstas no puedan proveer insumos indispensables de diagnóstico y tratamiento aún para los sectores carenciados, limitando el acceso de la población que precisamente se pretende favorecer.

La privatización selectiva de servicios se concreta en base a contrataciones con grupos privados bajo la modalidad señalada anteriormente, y también mediante la constitución de fundaciones integradas en muchos casos por los mismos profesionales de los establecimientos. Parte de los fondos que se recaudan en éstos servicios son retenidos por la dirección del hospital, y el resto se computa como ingresos genuinos de los mismos. Los problemas que se originan entre los profesionales de otras áreas que sólo disponen de recursos presupuestarios pero cuyos servicios son reque-

ridos para las actividades de los sectores privatizados, y por lo tanto incluídos en los costos de las prestaciones que aquellos brindan a su clientela, genera un proceso de feudalización y transforma la vida cotidiana de los establecimientos en un campo permanente de conflicto. Ello contribuye a serios problemas de eficacia y a un desprestigio mayor de las instituciones públicas. No resuelve los problemas de eficienica, ya que en muchos casos se han generado aumentos de costos y reducción de la producción y de la capacidad operativa de las áreas no privatizadas.

Experiencias mas radicales si bien no generalizables, se verifica en hospitales cuyos directivos han implementado una estrategia de apertura a la comunidad estableciendo un sistema de Pre-pago estatal para el conjunto de los servicios, estimulados por la posibilidad de autofinanciamiento, aunque manteniendo los recursos presupuestarios.

La descentralización de las instituciones estatales, concebida por distintas corrientes del pensamiento como un mecanismo para democratizar el Estado, en la visión tecnocrática que impulsa la reforma hospitalaria es sólo un instrumento de recuperación de costos.

Profundizando un proceso que viene dándose desde los años 60, el gobierno central ha procedido al traspaso a provincias y municipios de los 19 hospitales que aún quedaban bajo su jurisdicción. Esta transferencia iniciada a principios 1992, y que incluyó también a los servicios educativos, se dió conjuntamente con significativas alteraciones en las relaciones fiscales entre Nación y Provincias que modificaban la distribución del impuesto al Valor agregado, elevando su afectación con destino al Sistema de Seguridad Social Previsional.

A raíz de ello, se produjeron una serie de conflictos y negociaciones entre las provincias y el Gobierno nacional que incluyó la discusión de la transferencia de los servicios hospitalarios. Así, a un año de sancionada la ley que normatiza dicha transferencia, muchas provincias, si bien habían firmados los respectivos convenios, no administraban los fondos correspondientes, y otras no concretaron acuerdo alguno (Consejo federal de inversiones, 1992). Muchos hospitales tienen entonces una doble dependencia jurisdiccional que ocasionan severos problemas tanto en lo que se refiere a la organización como al financiamiento de los establecimientos. Ello provoca un estado de conflictividad permanente tanto en términos de demandas de equiparación salarial del personal de salud de las respectivas jurisdicciones, como de cuestiones referidas a la toma de decisiones que hacen más dificultosa la operatoria de los hospitales. Esta medida que desliga al gobierno nacional de la prestación de servicios médicos está

vinculada, en el contexto actual, a los procesos de privatización más arriba señalados, y a la dinámica que va adquiriendo la descentralización hospitalaria en los distintos ámbitos del país.

Si bien no es posible realizar un diagnóstico uniforme dada las diferentes normativas que se establecieron en las distintos jurisdicciones, en algunas provincias la descentralización ha significado una mayor independencia en la administración de los recursos pero no una real autonomía administrativa y financiera. Ello, aunque ha posibilitado un mayor dinamismo de la operatoria, impide el diseño de estrategias que permitan definir una política de remuneraciones y de formación de recursos tal que el hospital público se integre eficientemente a un esquema competitivo como el que se pretende. Por otro lado y dado que la descentralización se articula con las estrategias de privatización cuyo impacto se ha señalado, no parece factible un funcionamiento democrático en un contexto de resquebrajamiento de las identidades colectivas como el que se perfila en las instituciones. A ello contribuye no sólo la dinámica en que se plasman las privatizaciones, vistas por las administraciones hospitalarios como una estrategia adecuada para hacer frente a la crisis financiera y competir en el mercado, sino también a la ausencia de nuevas formas de regulación y control de estos procesos una vez implementados. Así lo demuestra la carencia de marcos institucionales y jurídicos que pauten las privatizaciones, la falta de mecanismos de coordinación a través de los cuales el hospital público se integre con la Seguridad Social y el sector privado, la ausencia de sistemas de control de producción y de auditorías, entre otras cuestiones claves. En este sentido vale la pena destacar que en la mayoría de los países centrales, aún aquellos dónde los sistemas de protección social fueron severamente redefenidos, las reformas de los servicios públicos de salud se realizaron en base a estrictas regulaciones, como en el caso del Seguro de Salud Inglés, del Sistema de Salud Canadiense y de otros países de la OECD (Cetrángolo et al., 1992).

Es posible pensar que el nuevo carácter empresario que asumen las instituciones públicas tengan profundas consecuencias respecto a la población que supuestamente pretende beneficiar. No es difícil inmaginar por ejemplo, la implementación de distintos mecanismos de "discriminación de riesgos" mediante los cuales se rechaza encubiertamente a la población de alto riesgo y de bajos ingresos que no están en condiciones de atenerse a las nuevas reglas, ó que no esté cubierta por la Seguridad Social. Según reiteradamente se ha discutido en la literatura es poco lo que la "mano invisible" puede hacer para corregir estas situaciones, y es

poco factible que el Estado, hasta el presente impotente para ejercer una regulación eficaz, en el marco de la filosofía desreguladora que orienta su redefinición, supervise ó controle una situación que promueve.

Desde una perspectiva más general, y apuntando al sentido que adquieren estos cambios en organizaciones antes orientadas por criterios extramercantiles, podría pensarse en qué alteraciones profundas se producen en el terreno de la ideología y en la cultura de las instituciones, cuando el trabajo cotidiano que en ellas se realiza pasa de producir valores de uso a producir valores de cambio.

La redefinición de las obras sociales

Las Obras Sociales conforman, como se indicó, un conjunto heterogéneo de entidades y constituyen la forma que asumió la Seguridad Social médica en el país. Los distintos intentos de reforma se enmarcan, en general, dentro de los parámetros que guían las transformaciones del conjunto de los sistemas de protección social; pero a la vez presenta restricciones y condicionamientos que le son propios. Entre ellos deben mencionarse la fuerte presencia sindical en la administración y manejo de los fondos, la ausencia del estado como financiador del sistema y la presencia de prestadores privados como principales proveedores de servicios.

Los prestadores privados están representados por dos grandes corporaciones, la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA), y la Confederación Argentina de Clínicas y Sanatorios (CONFECLISA). Estas organizaciones que en la mayoría de las provincias se constituyeron en intermediarias de las contrataciones entre obras sociales y los prestadores privados conforman junto a la corporación sindical, los actores que hasta la crisis de los 80 definieron la dinámica de este sector.

Los distintos proyectos de cambio en este campo, tienen a sectores representantes del capital financiero y de la medicina prepaga como unos de sus principales soportes. En los últimos tres años han realizado una poderosa ofensiva destinada a crear un "ambiente cultural" favorable a la disolución de las obras sociales. Mediante la realización de debates y seminarios, que contaron con la presencia de representantes gubernamentales y de las organizaciones corporativas de los empresarios del sector, se intentaba articular una propuesta que cambiaría sustancialmente, no sólo el perfil de las obras sociales, sino también del conjunto del sector.

Los fundamentos téoricos de éstas propuestas se basan en tres pre-

misas fundamentales: a) La salud como todo campo que provee bienes y serivcios es una actividad económica, por lo tanto su dinámica tiene una lógica interna y básicamente autónoma, b) Los individuos, en tanto calculadores racionales y maximinzador de utilidades son obligados a ser solidarios vía la obligatoriedad del aporte que impone la coerción estatal. Por lo tanto la opción más deseable, es que cada cual pague por el bien colectivo, pero en base a una "distribución neutral", ésto es que nadie se beneficie del sacrificio del otro, como en los esquemas de contribución diferencial e igualdad de beneficios. c) La equidad se resuelve mediante la ecuación igual aporte igual beneficio y en última instancia será el resultado de lo lograr el "punto de equilibrio".

En líneas generales los distintos proyectos auspiciaban un Sistema Nacional de Salud con dos subsistemas: Un Seguro Nacional de Salud ó Programa Nacional de Salud destinado al los indigentes y sectores de bajos ingresos, que sería financiado con rentas generales ó mediante el subsidio a la demanda, y un Seguro para el conjunto de los ciudadanos que debería ser contratado en forma obligatoria pero libremente elegido y financiado individualmente. Las obras sociales competirían con las empresas comerciales para convertirse en aseguradoras.

Es posible suponer que éstas propuestas, básicamente orientadas a la disminución de los costos laborales y a disciplinar a los sindicatos, carecieron de viabilidad debido por un lado a que la confrontación y negociación entre el estado y los sindicatos pasaba en ese momento por consensuar la legislación laboral, por lo que abrir tantos frentes de conflicto podría abortar dicho objetivo central. Por otro lado, aunque de menor importancia, la oposición de la medicina comercial a la entrada del capital financiero al sector, contribuyó también a su bloqueo.

La propuesta del gobierno aunque contiene algunos elementos comunes a las anteriores, apuntaba a "desregular" las obras sociales. Establecía la libre elección de los usuarios, hasta la actualidad limitada a la elección de prestadores dentro de cada obra social, al mismo tiempo que permitía la incorporación de la medicina pre paga como agentes del seguro. Preveía además, la posibilidad de acceder a sistemas complementarios de cobertura mediante pagos directos por sobre el financiamiento establecido. La desregulación del sistema no abarcaba al modelo de financiamiento que mantenía su carácter compulsivo y la misma fuente de recursos (aportes y contribuciones), aunque introducía un cambio fundamental; por un lado centralizaba los fondos del conjunto de las obras sociales en una institución estatal, sustrayendo a los sindicatos del manejo

de los mismos, y por otro planteaba redistribuir el total de los fondos en una cuota igual para todos los beneficiarios que cubriría un régimen de prestaciones básicas; admitiendo dos valores diferentes de cuota según el grupo etáreo, introduce el concepto de riesgo diferencial para ciertos grupos sociales, principalmente los jubilados.

En este esquema los hospitales estatales se incorporaban como prestadores de las obras sociales, si bien es necesario aclarar que ninguna de las sucesivas reglamentaciones legales impedía tal vinculación. No definía los mecanismos de incorporación de los carenciados, ni de los autónomos, a pesar de proponerse como una propuesta de cobertura universal.

Por último aunque de significativa importancia se prohibía la suscripción de contratos entre obras sociales y las entidades gremiales representativas de los prestadores, quienes, como se indicó, intermediaban sobre todo en las provincias, en la contratación de las prestaciones de las obras sociales facturando y haciendo efectivo el pago a los prestadores individuales, ya sean clínicas ó sanatorios.

Como en otras oportunidades en que se intentaron nuevas formas de regulación, la oposición sindical, aún en el marco del progresivo debilitamiento de los sindicatos, provocó, un provisorio interregno. Sin embargo es pertinente destacar que éstos proyectos, como otros que en la actualidad se negocian se asientan sobre un profundo proceso de reconversión que ya está en marcha. En este sentido, la propuesta gubernamental convalida en gran parte una situación preexistente, que ha sido resultado del reposicioamiento de las corporaciones del sector frente a la crisis financiera de las obras sociales.

No está demás aclarar, que dicha crisis fue producto de la profunda reconversión económica que se verifica en el país desde mediados de los 70, y su impacto en el mercado de trabajo. La desindustrialización, el descenso de la tasa de asalarización, el crecimiento de ocupaciones informales, junto a un enorme poder discrecional otorgado a los empleadores por la dictadura militar, amplió el espectro de los trabajadores en negro y se minó la base misma de los mecanismos financieros que nutren a las obras sociales. Así, los elementos de heterogeneidad e inequidad que el sistema en su conjunto presenta como rasgos estructurales, se profundizaron, alcanzando sus más agudas manifestaciones en los últimos diez años.

Los años 80 constituyen un escenario de ruptura de las bases solidarias, reales ó no, de las obras sociales.

El gobierno constitucional que asume en 1983 tuvo un discurso inicial que apuntó al logro de una mayor igualdad y universalidad de las

políticas sociales. Sin embargo la implementación de planes de estabilización económica centrados en el control de la inflación, el equilibrio de la balanza de pagos y el control de los salarios, se tradujo en una mayor recesión, aumento de la desocupación y caída del salario. Y en un contexto signado por el crecimiento de la economía clandestina, la caída de la inversión, junto a la debilidad del gobierno para instrumentar controles efectivos a la evasión, la crisis de la Seguridad Social se acentuó. (Cortés y Marshall, 1991).

La crisis financiera como dato ineludible, y su correlato la disminución de la cobertura de las obras sociales, trajo aparejado una serie de mecanismos que acentuaron la desigualdad y la fragmentación, no sólo entre las obras sociales sino entre los prestadores. La generalización de los coseguros por encima de los valores legalmente estipulados y los cobros de sobrearanceles ó plus a los usuarios, establecidos arbitrariamente por los prestadores y reconocidas por las respectivas asociaciones gremiales, se constituyeron en prácticas corrientes del sistema. La expulsión de demanda a los hospitales públicos en búsqueda de atención más barata, por parte de los afiliados de menores recursos y que no pueden afrontar los copagos, significó de hecho una mayor estratificación de la demanda, ya que a través de este comportamiento espontáneo de los usuarios, se utilizan recursos destinados a población que carece de cobertura legal.

Esta dinámica anómica que ha caracterizado el desenvolvimiento de las obras sociales en los últimos años se da en el marco de una debilidad profunda, cuando no de manejos discrecionales de la institución estatal que las regula y de muchos dirigentes de obras sociales sean éstos funcionarios estatales ó dirigentes sindicales. Todo ello ha contribuído a una deslegitimación creciente de la sociedad respecto de esta modalidad institucional de respuesta a la enfermedad.

En un trabajo reciente se señala que la puja distributiva que caratcerizó la dinámica de la relación entre los distintos grupos prestadores, se traslada en esos años a su propio interior. El desfinanciamiento de las obras sociales, los costos crecientes de la atención médica, y la saturación relativa de los mercados inducen a un proceso de quiebras, fusiones y desapariciones de prestadores, que no pueden adaptarse a las nuevas reglas de la atención sanatorial (Cetrángolo et al. 1992). Se opera así un proceso de concentración económica cuyo resultado ha sido la constitución de grupos prestadores que compiten entre sí para ofrecer servicios a las obras sociales. En algunas provincias estos grupos operan por fuera de

la intermediación de sus respectivas organizaciones gremiales e incluyen en algunos casos a hospitales estatales, que se integran en redes.

Esta dinámica de los prestadores es complementaria del de un proceso de concentración de obras sociales cuyos dirigentes vienen preparándose para el nuevo escenario desregulatorio. Quizás lo más novedoso en el campo sindical, es la asunción de una racionalidad empresaria en la gestión de muchas obras sociales. La libertad de elección, aunque se restrinja sólo a las obras sociales y excluya en la letra de la ley a la medicina prepaga tal como se discute en la actualidad, significará probablemente que los segmentos de asalariados de mayores ingresos migren a entidades que contraten prestadores percibidos como prestigiosos. La preocupación central de la dirigencia es entonces la retención de la población y la diversificación modelos de atención. En este sentido algunas entidades han incorporado a su oferta profesionales de renombre al mismo tiempo que están ofreciendo distintos planes de cobertura que se difunden masivamente para atraer clientela.

La generalización de contratos capitados con redes de prestadores, en quienes recae la responsabilidad financiera del manejo de los recursos, es en este contexto, una delegación del riesgo antes asumido por las obras sociales. Cabe preguntarse si también será explícita la desvinculación de las obras por la profundización de mecanismos de selección de riesgos que los prestadores implementan para minimizar el riesgo actuarial que deben cubrir (Cetrángolo et al., 1992). La pregunta es pertinente si se tiene en cuenta la indefensión permanente de los usuarios frente a éstos mecanismos discriminatorios, que siempre han ocurrido, aún en un contexto en que se privelegiaban valores, ahora ausentes del nuevo escenario.

Otra manifestación del nuevo perfil sindical es la ampliación de su espectro de relaciones con el sector privado. Muchas obras sociales están contratrando sistemas de prepagos para la atención de urgencias domiciliarias y para la alta complejidad, los cuáles como se ha dicho, no habían logrado hasta hace un tiempo integrar el sistema. Así, es posible suponer que la incorporación de las prepagas, una de las reivindicaciones centrales de los proyectos que fueron rechazados por la dirigencia sindical, se constituya en un elemento integrante de los nuevos acuerdos corporativos, informales y no necesariamente legales, que marcan la dinámica del sector. En este sentido, la realización de estudios que permitan detectar la existencia ó no de una imbricación entre el capital financiero y las nuevas redes de prestadores, aportaría a un mejor conocimiento sobre la lógica que va moldeando la Seguridad Social médica en nuestro país.

Difícilmente pueda hablarse en un plazo no muy lejano de los tres subsectores que definían hasta hace unos años el perfil institucional del sector, basado en límites precisos. Este nuevo "mix" público privado se está articulando a través de una gradual, pero creciente remercantilización de instituciones públicas colectivas destinadas a la provisión de servicios médicos. Ello está ocurriendo sin una política explícita de disolución de dichas instituciones, como ocurre con el sistema jubilatorio, sino que simplemente el mercado está actuando por sí mismo.

A modo de cierre

La privatización del espacio público que consagran los cambios en la política social está expresando a nuestro criterio un complejo proceso de mutación que tendría una doble dinámica. Al mismo tiempo que la redefinición del Estado tiende a reducir los espacios de su intervención y se autonomiza cada vez más de la sociedad civil, se producen intervenciones que lejos de expresar su retirada, sugieren un tipo diferente de intervención política y social. Este movimiento implica simultáneamente un proceso de disciplinamiento de los sectores subalternos, y un proceso de " desciudadanización", que supone una fuerte y selectiva intervención estatal orientada a despolitizar las relaciones sociales. El Estado, libre de las presiones provenientes de las "demandas excesivas" volvería a cobrar entonces aquella invisibilidad indispensable para que todo orden sea percibido como natural.

El Estado mínimo a que se aspira, supone gobiernos que acumulen poder y constriñan los espacios democráticos. El mercado como único principio de unidad posible es un dispositivo ideológico que considera "natural" maximizar las estrategias individuales, interpela a los individuos en tanto competidores y genera un darwinismo social que atenta contra las identidades colectivas (Lerner y Raggio, 1991).

Theda Skocpol ha señalado que los distintos tipos de intervención estatal " dan orígen a diversas concepciones sobre el significado y los procedimientos propios de la política, concepciones que influyen en el comportamiento de todos los grupos y clases de una sociedad" (Skocpol, 1985). Puede pensarse entonces que el intento de despolitizar las relaciones sociales, penetra en el campo mismo de la percepción de los actores sociales, alterando su propia identidad, dando lugar a nuevas representaciones y sistemas de valores.

Las estrategias que en respuesta a la crisis se trazan los distintos actores con intereses significativos en los diversos campos de la política social, y especialmente en las políticas de salud, pueden verse desde esta perspectiva, como una alteración profunda de la racionalidad que gobernó a las instituciones de política social.

De acuerdo con Habermas, un trabajo reciente señala que la alteración de valores que plantean estas transformaciones, dan cuenta de un proceso en que la integración social está amenazada (Barbeito y Lo Vuolo, 1992). Agregamos, que esta crisis de las estructuras normativas no es sólo desintegración y anomia sino también recomposición de nuevas formaciones, de normas, objetivos y prácticas que exacerban la racionalidad instrumental, cuyas expresiones máximas, el mercado y la burocracia, devienen en rectores de la vida social.

Referências bibliográficas

BARBEITO, A. y LO VUOLO, R., 1992. *La modernización exlcuyente.* Buenos Aires, Unicef, Ciepp, Losada.

BECCARIA, L. y ORSATTI, A., 1989. Argentina 1975-1988: *Las nuevas condiciones distributivas desde la crisis, en Economía de América Latina*, México, CIDE.

BECCARIA, L. y CARCIOFI, R., 1992. *Social Policy and adjustment during the eighties. An overview of the Argentine Case.* Ponencia Presentada en el Brookings Institute and Interamerican Dialogue's Conference. Washington D.C.

BUCHANAN, J., 1975. *El sector público en las economías de mercado. Espasa Calpe.*

CETRÁNGOLO O., DAMILL M., KATZ J., LERNER L., RAMOS, S., 1992. *Desregulación y Salud, Un análisis de la Reforma del Sistema de Obras Sociales.* Cedes, Cepal, Fundación de Estudios de la Unión Industrial Argentina, Buenos Aires.

CORTES R., y MARSHALL, A., 1991. *Estrategias Económicas, Intervención Social del Estado y Regulación de la Fuerza de Trabajo: Argentina, 1890-1990,* mimeo.

GOUREVITCH, P., 1986. *Politics in hard times*, New York, Cornell University Press.

GRUNER, E., 1989. Entre el dolor y la nada, apuntes sobre la ideología neoconservadora y la crisis del Estado. *Doxa II* 6:20-25, Buenos Aires

LERNER, L. y RAGGIO, A., 1991. El discurso neoliberal en las políticas sociales. Aportes para una discusión. *Cuadernos Médicos Sociales* nº58, Buenos Aires.

MC. PHERSON., C. B., 1987. *La Democracia Liberal y su época* Madrid.
O'CONNOR. J., 1989. *El significado de la Crisis*, Editorial Revolución, Madrid.
OFFE. C., 1990. *Tesis sobre la Teoría del Estado. En Contradicciones en el estado de Bienestar*.. Alianza Editorial, Madrid, p. 105-116.
OLSON, M., 1986. *Auge y Decadencia de las Naciones*, Ariel.
RAWLS, J., 1975. *A theory of Justice*, Cambridge, Massachusets.
SKOCPOL, T., EVANS, P., RUESCHE, M., 1985. I, Cambridge University Press.

La Seguridad Social Médica en Argentina: Crisis y Reformulación de los Pactos Constitutivos

Susana Belmartino

Introducción

En esta ponencia intentaré analizar el proceso de cambios que se está produciendo en la organización y financiación del sistema de servicios de salud en Argentina, en una coyuntura socioeconómica y política marcada por la necesidad de superar las condiciones críticas de los años ochenta.

En efecto, la llamada "crisis de la deuda", que sacudió a nuestro país a partir de los primeros años de la década, incide en un contexto productivo donde ya habían comenzado a desarrollarse los cambios estimulados por la nuevas condiciones del mercado mundial, en una economía caracterizada por el espectacular crecimiento del sector financiero, en buena medida asentado sobre capitales especulativos de procedencia externa y orientados a operaciones de muy corto plazo, sobre un Estado que se resistía a dimensionar sus aparatos o mejorar sus condiciones de eficacia y eficiencia.

Las primeras estrategias destinadas a ordenar las relaciones con los acreedores externos y controlar la inflación, puestas en marcha por el gobierno democrático que asume el poder en 1983, se orientaron hacia un enfoque heterodoxo que buscaba reducir el costo social vinculado a las políticas de ajuste fiscal. Su fracaso estuvo vinculado a circunstancias en las que el balance entre los condicionamientos económico y políticos sería imposible de discernir analíticamente, por su estrecha imbricación y potenciación recíproca, y tuvo su manifestación más crítica en los procesos hiperinflacionarios de 1989.

En términos sociales las manifestaciones más evidentes de la crisis de los años ochenta en el país se ubican en dos órdenes. El primero se

vincula a lo que en términos generales podría definirse como deterioro de las condiciones de vida de los sectores de menores recursos, aumento del desempleo, expansión del trabajo informal, redimensionamiento del mercado de trabajo, empobrecimiento de fracciones relativamente importantes de los sectores medios y asalariados. El segundo se relaciona con la creciente aceptación entre intelectuales, políticos y población en general del diagnóstico vinculado al carácter "inevitable" de las políticas de ajuste.

El modelo de acumulación se ha transformado, acentuando los rasgos concentradores y excluyentes que caracterizaron también la precedente etapa de desarrollo a partir de las actividades de sustitución de importaciones. Las consecuencias sociales de ese proceso de reestructuración de la economía no han sido compensadas por la actividad social del Estado, que se ha visto severamente recortada.

En razón del déficit fiscal crónico con el que opera la economía argentina desde mediados de los años 70 y las dificultades que se plantean no sólo para la reformulación del sistema impositivo sino inclusive en el abordaje de aspectos instrumentales -tales como el control de la evasión- que podrían haber mejorado la captación de recursos, los gobiernos optaron por el abandono de sus compromisos en materia de bienes sociales y permitieron el deterioro creciente de la protección otorgada a los sectores más débiles de la sociedad, aquéllos con poco poder de negociación y escasamente representados en el sistema político (Katz, 1990).

El retroceso manifiesto de la actividad del Estado como proveedor de este tipo de bienes, tales como educación o salud, no fue tampoco compensado por un incremento en la eficacia de su función reguladora, orientada a paliar condiciones de inequidad acentuadas por la creciente privatización de tales actividades.

Dada la tradicional fragmentación del área de las políticas sociales resulta imposible un diagnóstico generalizado. Ha sido muy diferente el desarrollo de la actividad estatal en educación, salud, asistencia social o vivienda, por ejemplo, y diferentes también los niveles de eficiencia operativa, eficacia y equidad en la asignación de recursos y su operación, no sólo en términos comparativos para esas grandes áreas, sino en el interior de cada una de ellas, en función de la multiplicidad de jurisdicciones, las dificultades de coordinación y la diferente incidencia de actividades de regulación y control.

En el interior del sector salud sería necesario diferenciar las condiciones del subsector público, en las que el retroceso de la capacidad finan-

ciadora y ordenadora del Estado no ha hecho más que profundizarse, agudizando un proceso verificable a lo largo de las últimas décadas, de aquéllas prevalecientes en la esfera de la seguridad social, que había gozado de un período de considerable expansión y properidad a lo largo de los años setenta.

Tanto la definición de las políticas formulada desde el Estado como las consecuencias sobre el sistema de servicios de las estrategias desarrolladas por los principales agentes con alguna cuota de poder decisorio, se inscriben fácilmente en lo que nos hemos acostumbrado a identificar como propuesta neoliberal en salud: retroceso del Estado como prestador directo de atención, avance del sector privado, énfasis en las responsabilidades y prerrogativas individuales en el tratamiento de cuestiones que acostumbrábamos asociar con derechos inalienables, que debían ser garantizados por la sociedad a cada uno de sus miembros sin distinciones ni exclusiones de ningún tipo.

Es precisamente esa aceptación generalizada de la estrategia que se respalda en los argumentos neoliberales para justificar el abandono por parte del Estado de algunas de las funciones que en las décadas anteriores se le adjudicaban con carácter irrenunciable, lo que ha colocado en la mesa de discusión la temática de una posible rearticulación entre lo público y lo privado. Rearticulación que en algunas lecturas comprometería los mecanismos de cohesión social asociados a la vigencia de algún tipo de solidaridad nacional, intentando reemplazarlos por la interacción atomizada de los individuos, que juegan en el mercado su capacidad de adquirir los bienes indispensables para la cobertura de sus necesidades.

En esta ponencia, sin embargo, intentaremos abordar el problema desde un ángulo particular, que se ubica en un plano diferente al generalizado debate que opone *solidaridad* a *mercado*. Preferimos en esta instancia privilegiar el análisis de las relaciones de poder construídas en el interior del sector salud en Argentina, donde la solidaridad tiene vigencia relativa y el mercado hace tiempo que gobierna buena parte de la dinámica de la atención médica.

Nuestra hipótesis es que solidaridad y mercado no suponen alternativas excluyentes, sino en mayor medida un equilibrio, o tal vez una tensión, que se define a partir de los *pactos constitutivos* que regulan las relaciones de poder en el interior del sector. Las transformaciones que se están gestando en el interior del sistema de servicios, según esa misma hipótesis, pueden ser mejor comprendidas si no se intenta incorporarlas como el reemplazo de una organización solidaria por mecanismos regidos

por una lógica de mercado, sino como transformación de las bases económicas, políticas e ideológicas que proporcionan fundamento a tales relaciones de poder.

Es la reformulación del pacto lo que puede llegar a dar carácter definitivo -constituir en nuevo modelo organizativo- a las transformaciones en curso, que originariamente comenzaron a desarrollarse como estrategia adaptativa a las condiciones de la crisis financiera. Esa reformulación supone por lo tanto transformaciones significativas en la identidad de los principales actores con protagonismo en el sector, y en la manera particular en que cada uno de ellos percibe su posición en el interior del mismo, identifica aliados y oponentes, elabora estrategias posibles para la afirmación de sus intereses específicos. Tales transformaciones producen a su vez cambios significativos en las relaciones que los vinculan.

Dedicaremos esta ponencia, por consiguiente, a historiar las transformaciones producidas en el sector salud en Argentina en los últimos treinta años. En ese lapso consideramos posible identificar el proceso de formulación y crisis de la modalidad de organización de base corporativa, hegemónica en el sistema de servicios hasta hace muy poco tiempo. La crisis de los años ochenta produjo el debilitamiento de esa hegemonía y su progresivo reemplazo por un nuevo modelo organizativo, actualmente en gestación, que supone nuevos fundamentos económicos, políticos e ideológicos, otras relaciones de poder, la configuración de *un nuevo pacto*.

En este contexto, la idea relacionada con la realización de un *pacto*, aunque parte de las teorías contractualistas utilizadas para explicar el origen del Estado moderno, se asienta en mayor medida en las propuestas contemporáneas vinculadas a la puesta en marcha de mecanismos de *concertación*, orientados a la compatibilización de intereses sectoriales a través de acuerdos globales entre actores sociales relevantes. Por ese medio, sociedades convulsionadas por crisis que ponen en peligro la continuidad de sus instituciones fundamentales, consiguen una estabilidad que les permite comenzar a reconstruirlas. El pacto supone un compromiso, en el que cada uno de los actores comprometidos hace algún tipo de concesión a lo que considera sus intereses legítimos, como prenda para la perduración de relaciones sociales fundamentales, que son precisamente las que le permiten efectivizar tales intereses. El pacto es siempre una transacción y la estabilidad obtenida dependerá de la voluntad de cada uno de los actores comprometidos a mantener el compromiso adquirido. Por último, el pacto, cuando logra estabilizarse, constituye siempre un nuevo punto de partida en el tramado de las relaciones sociales fundamentales, que

permitirá construir sobre sus bases un nuevo modelo societal. Es en ese sentido que se habla de *pactos constitutivos.*

Las condicines del retroceso del Estado: transformaciones en el subsector público

Aprovechando los resultados del censo de población de 1980 el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) desarrolló un programa para estimar el nivel de pobreza en Argentina. Los resultados fueron impactantes, ya que se verificó la existencia de alrededor de siete millones de personas viviendo por debajo del umbral de condiciones críticas (alrededor de un 25% de la población total). La investigación proporcionó además posibilidades de reflexión sobre los procesos de empobrecimiento, combinando los dos criterios tradicionalmente utilizados para medir la pobreza. El criterio de medición según necesidades básicas insatisfechas serviría para detectar a los pobres *estructurales* —que poseen una vivienda deficitaria, o bajo nivel educativo, u otras condiciones de carencia mientras el criterio de línea de pobreza, al diferenciar hogares como pobres de acuerdo al ingreso total percibido, aún cuando sus condiciones estructurales de vivienda y educación fueran adecuadas, detectaría a los hogares *pauperizados*, de particular importancia en el caso argentino, y particularmente significativos cuando se trata de medir el impacto de la crisis y los cambios en la estructura productiva y el mercado de trabajo que fueron su consecuencia.

No hay datos recientes para el total del país, pero un estudio realizado sobre el Gran Buenos Aires muestra que entre 1980 y 1990 la pobreza se incrementó en un 65%, pasando de 20 al 35% del total de hogares.- (UNICEF, 1992) Mientras los pobres estructurales mantuvieron su incidencia porcentual (16%), los pauperizados aumentaron del 4.2% al 16.1%.

A esa población crecientemente pauperizada deben proporcionar servicios los hospitales públicos. Su clientela se vio incrementada en los últimos años por aquéllos que fueron expulsados del sistema de trabajo formal y pasaron a trabajar "en negro" o en ocupaciones cuentapropistas de muy bajo ingreso, perdiendo su cobertura de seguridad social. Es muy probable que también haya aumentado la afluencia al hospital público de los sectores que, pese a tener cobertura social, son "expulsados" del sistema por la incidencia de los tickets moderadores o los pagos compensa-

torios exigidos en forma arbitraria por los profesionales en el momento de efectivizar las prácticas (plus).

El sector público es crecientemente residual en relación a los servicios de atención médica en Argentina y sus condiciones son decididamente deficitarias. Los déficits financieros y organizativos no pueden adjudicarse en forma exclusiva o preponderante a las políticas de ajuste; son rasgos estructurales del sistema que resultan agravados por la escaséz de recursos en una coyuntura donde las necesidades de la población se han visto severamente incrementadas. La crisis y el ajuste han impactado un conjunto de instituciones francamente deteriorado y difícilmente recuperable en términos de estructura edilicia y equipamiento adecuado.

Algunas tendencias generales de cambio han comenzado a maniestarse en el sector público, impulsadas por la política de contracción del gasto fiscal y asociadas a las estrategias de "privatización" y "descentralización". La implementación de las medidas no responde, sin embargo, a decisiones de aplicación general, de manera que sólo podría hacerse un diagnóstico preciso analizando institución por institución. Aquí sólo nos limitaremos a la descripción de las más relevantes.

Entre las medidas privatizadoras podría ser conveniente señalar en primer lugar el arancelamiento, implementado en diferentes jurisdicciones con dos objetivos declarados. El primero, privilegiar el acceso a la capacidad instalada pública de la población indigente, única a la que se otorgaría atención gratuita, reservándose el cobro de las prestaciones para aquéllos pacientes con alguna capacidad de pago. Un segundo objetivo se orientaría a vincular de manera sistemática al hospital público con las instituciones financiadoras de la seguridad social, efectivizando el cobro de las prestaciones brindadas a sus beneficiarios.

Este tipo de mecanismos, que parecen simples en su formulación, se revelan como muy complejos cuando se intenta aplicarlos: en primer lugar, es difícil determinar el carácter de indigente de la población que acude al hospital; en segundo término, la falta de recursos obliga a solicitar a esa población el aporte de medicamentos, placas radiográficas u otros insumos, anulando el carácter pretendidamente gratuito de la prestación recibida; por último la preocupación por captar pacientes con cobertura de seguridad social se manifiesta en algunos casos como generadora de exclusión para aquéllos que no gozan de ese beneficio. Administradores preocupados por el reclamo de mayor eficiencia, inquietos por demostrar que son capaces de adecuar el gasto a los recursos disponibles o, inclusive, acrecentar éstos en función de contrataciones con la seguridad social, inte-

resados en mejorar los índices de giro cama o promedio de estadía, llegan rápidamente a la conclusión de que la atención al indigente es francamente contradictoria con objetivos racionalizadores o eficientistas.

Otra de las estrategias utilizadas radica en la formulación de contratos con sectores privados en condiciones de incorporar tecnología, que significan una privatización de determinadas áreas hospitalarias. Este proceso se relaciona con la escasa incorporación de tecnología de mediana y alta complejidad en las instituciones del sector. Para dar respuesta a las respectivas necesidades de diagnóstico y tratamiento se recurre a dos estrategias diferentes: o bien se autoriza a determinados profesionales la instalación del recurso en la misma planta hospitalaria, con el compromiso de otorgar un determinado número o porcentaje de prestaciones sin cargo, o bien el hospital contrata prestaciones en instituciones privadas en aquéllos casos en que su infraestructura no satisface las exigencias de la atención de determinados pacientes, o la capacidad existente se encuentra saturada. Fuera del área específicamente técnica, en hospitales de la Capital Federal se han privatizado los servicios de mantenimiento, entregados en concesión por un plazo de diez años.

Por último, la estrategia hegemónica en la definición de políticas en el sector público es *la descentralización*, con toda la carga de ambigüedad que su utilización conlleva. Ambigüedad potenciada por las diferentes operatorias asociadas con la propuesta descentralizadora.

En algunos casos se trata de beneficiar a las administraciones hospitalarias con un cierto grado de descentralización en el manejo de sus recursos. Esto supone una cierta agilización de trámites y eliminación de burocracia, más que el acceso a una real autarquía administrativa. Los resultados han sido una mayor eficiencia en la utilización de los presupuestos, la posibilidad de aprovechar ciertos recursos excepcionales, como los derivados de la contratación con obras sociales, y una mayor independencia en aspectos arquitectónicos y de mantenimiento de infraestructura. Las mayores falencias parecen haber radicado en la insuficiente asistencia técnica indispensable para lograr una mejor calificación del personal en tareas administrativas (Dieguez y cols, 1990).

En otras jurisdicciones se avanza algo más en los procesos descentralizadores, permitiendo que cada establecimiento elabore y maneje su presupuesto anual de manera autárquica, conforme a pautas determinadas en la respectiva ley que, en general, incluyen la posibilidad de aplicar aranceles.

Sin embargo, el mayor impacto en términos de descentralización se

vincula seguramente con el traspaso desde el nivel central a las provincias de la total responsabilidad financiera por los servicios de salud y educación, puesto en marcha a comienzos de 1992 como vehículo de profundización de la reforma fiscal. En función de la nueva composición de la recaudación impositiva, en la que se ha dado preminencia a los impuestos coparticipables entre nación y provincias, la medida se orienta a obligar al ajuste a los gobiernos provinciales todavía renuentes a aceptar las pautas de gasto que se ha propuesto el gobierno central.

Esta estrategia puede sin duda asociarse a los procesos de arancelamiento y autarquía hospitalaria. El hospital público es concebido como una unidad que progresivamente debe tornarse autosuficiente, procurando recursos del arancelamiento de sus prestaciones o del apoyo de la comunidad en la que se inserta. La caracterización del hospital o centro de salud como una empresa, que debe competir en igualdad de condiciones con el sector privado para absorber las prestaciones financiadas por la seguridad social y los seguros privados, o la cobertura que el Estado pueda brindar a la población sin recursos, está dejando de ser sólo una propuesta eficientista, elaborada por algún sector de la tecnocracia funcionaria a nivel ministerial, para transformarse en práctica defendida con entusiasmo por muchas administraciones hospitalarias.

La modalidad hegemónica de prestación de servicios: el sistema de seguridad social

La heterogeneidad de estrategias determinada por las políticas adoptadas en las diferentes jurisdicciones de las que dependen los efectores del subsector público, llega a su mayor expresión en el terreno de las prestaciones de la seguridad social, favorecida por la tradicional fragmentación del sistema y la política de desregulación impulsada por el Estado.

En términos históricos, la fragmentación institucional en el campo de la seguridad social se vincula con la dispersión de la población cubierta en algo más de 300 instituciones, las "obras sociales", que se diferencian según su régimen jurídico en Obras Sociales Nacionales, reguladas por la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL), Obras Sociales Provinciales, agrupadas en el Consejo de Obras y Servicios Sociales Provinciales de la República Argentina (COSSPRA), Obras Sociales de las Universidades Nacionales y Obras Sociales de las Fuerzas Armadas y de Seguridad, estando cada categoría dotada de un régimen regulatorio específico.

La heterogeidad de estas instituciones se ve potenciada además por las diferencias existentes en el número de beneficiarios, en los recursos *per capita* disponibles y en la orientación de las políticas de gasto verificables en cada una de ellas.

Esas condiciones y la ausencia evidente de capacidad ordenadora y de control de la instancia estatal a cargo del sistema, han tornado en gran medida ilusoria la aplicación de algunos de los principios que se mencionan como su fundamento doctrinario: solidaridad grupal, accesibilidad igualitaria, cobertura integral, eficiente y oportuna. (Belmartino y col., 1988)

La mayor parte de estas instituciones carece de capacidad instalada propia y contrata las prestaciones para sus beneficiarios con el subsector privado. En tales contratos la dispersión de la demanda se enfrenta a una relativa concentración de la oferta, controlada hasta hace muy poco tiempo por las dos grandes corporaciones de prestadores: la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA), organismo gremial que nuclea a los médicos que trabajan en consultorios individuales o agrupados en instituciones sin internación, y la Confederación Argentina de Clínicas y Sanatorios y Hospitales Privados (CONFECLISA), que reune a las empresas que controlan el recurso cama.

Esa manifiesta asimetría en las condiciones de negociación de las prestaciones, entre una oferta relativamente unificada y una demanda dispersa, favoreció en los años sesenta la conformación e un sistema de servicios caracterizado una tendencia al control oligopólico de la oferta en manos de las corporaciones de prestadores.

El resultado fue la desfinanciación de las instituciones prestatarias y la amenaza de colapso para el sistema. El equilibro se recupera hacia 1970, por circunstancias que no se relacionan con cambios en las condiciones de mercado, sino con la intervención de una instancia política, encarnada en la pretensión del Estado — a través de la Secretaría de Salud Pública, dependiente del Ministerio de Bienestar Social — de configurar un sistema universal e igualitario.

En febrero de 1970, bajo el gobierno militar del General Onganía, se aprueba la ley 18.610, primera norma reguladora del sistema de obras sociales, que se había generado de manera relativamente espontánea a partir de las demandas de los sectores laborales con mayor capacidad organizativa y consiguiente posibilidad de presión, tanto frente al Estado como a los representantes empresarios.

Los límites de esta ponencia desalentarían cualquier intento de re-

señar las alternativas políticas que encuadran la sanción de esa ley; en este espacio sólo nos interesa sintetizar las consecuencias de esa pugna para la conformación del futuro esquema de relaciones entre prestadores y prestatarios, algo que intentaremos caracterizar como los *pactos constitutivos* del sistema de atención médica para la seguridad social.

La pretensión reguladora del Estado se enfrenta en un primer momento con la oposición de las confederaciones de prestadores, en particular la COMRA, que niegan toda legitimidad a la política de la Secretaria de Salud Pública orientada a regular honorarios y normatizar las condiciones de los contratos con obras sociales, producto de relaciones que los profesionales consideran de carácter "estrictamente privado".

Por su parte, las obras sociales, poco entusiastas ante la idea de poner su futuro en manos de un aparato estatal, consiguen unificar su representación a través de la intervención de la Confederación General del Trabajo. La central obrera se postula como legítima representante del interés de los trabajadores en el sistema, y consigue establecer una alianza con los Ministros de Bienestar Social y Trabajo, especialmente interesados en otorgar al régimen alguna apariencia de preocupación por cuestiones de índole social, y allanar el camino hacia la salida electoral que ya se vislumbra como inevitable.

El resultado de la suma de presiones y negociaciones entre corporaciones médicas, corporación sindical y Estado da nacimiento a una modalidad organizativa cuyos fundamentos políticos se asientan sobre una trama de relaciones que podríamos caracterizar como *pacto corporativo*.

El trípode constituído por las grandes corporaciones que hegemonizan el sector y el aparato estatal que pretende convertirse en su ordenador y sólo logra constituirse en árbitro, tiene una estabilidad precaria en función de la labilidad de las alianzas que conforman sus protagonistas.

La vinculación C.G.T./Ministerio de Bienestar Social se fortalece en la medida en que la intervención estatal se limite a la regulación de aranceles, los intentos de buscar prestadores de alternativa a las corporaciones profesionales, la concesión de créditos y subsidios para desarrollar la capacidad instalada propia de las obras sociales en el interior del país. Pero los beneficios obtenidos no generan aquiescencia a aceptar la intervención del organismo de control en la esfera de autonomía que cada obra social sigue reservándose en el manejo de sus recursos y la administración de su política de beneficios.

Por otra parte, en el conflicto entre la C.G.T. y las corporaciones médicas se plantean situaciones relativamente paradójicas. En medio de

un duro enfrentamiento canalizado a través de solicitadas y declaraciones que no suelen detenerse ante el insulto o el agravio, ambos contendientes expresan un interés común: defienden la perduración del sistema de obras sociales, tal como se ha ido generando de manera espontánea, a lo largo de dos o tres décadas. Más aún, ambos se reivindican como sus auténticos creadores.

La central obrera proclama sus derechos sobre un sistema construido por los trabajadores ante la ausencia o la indiferencia del Estado. Los médicos defienden la modalidad de contratación de prestaciones para los beneficiarios de las obras sociales, de la que se consideran auténticos organizadores. Las entidades gremiales médicas, habrían permitido "el desarrollo de una estructura asistencial de gran proyección social", -según se afirma en una de las tantas Solicitadas publicadas en los meses de conflicto- a través de un sistema creado, impulsado y perfeccionado a lo largo de más de 15 años, y ahora sometido a la intervención oportunista de un Estado autoritario.

Las corporaciones médica y sindical, enfrentadas por una rivalidad de larga data, relacionada con el control de un sistema de financiación de la atención médica sobre el que ambas reivindican derechos irrenunciables, pronuncian alegatos sobre verdades y mentiras, inexactitudes y contradicciones, pero en última instancia están defendiendo la perduración de ese sistema. La pugna, que en ocasiones anteriores comprometía principios e identidades, en esta coyuntura se restringe a las condiciones de mercado y, por consiguiente, a la distribución de los recursos que el sistema controla.

Cuando ambas partes reconozcan que lo verdaderamente importante es la afirmación del sistema, y la distribución de los recursos puede negociarse una y otra vez, el conflicto se atenuará y comenzará la etapa de los acuerdos basados en la primacía de intereses comunes.

La apelación al Estado/árbitro se actualizará cada vez que sea necesario volver a acordar en torno a honorarios y condiciones de pago de los servicios, mientras se seguirá rechazando como "estatizante" toda pretensión dirigida a superar la fragmentación, la superposición de recursos, la irracionalidad en la administración, la desigual situación de los beneficiarios en el acceso a las prestaciones financiadas por un aporte supuestamente solidario.

La intervención del Estado, originada en la necesidad de ordenar y homogeneizar un sistema caracterizado por condiciones de fragmentación y heterogeneidad y, por tales características, portador de ineficiencia

e inequidad en las prestaciones sociales colocadas bajo su cobertura, fracasa en la mayor parte de los objetivos que se propone.

Si bien logra apuntalar la potencialidad negociadora de las obras sociales, reforzada por la representación del sistema otorgada a la central obrera, no consigue impedir la concreción del oligopolio en la oferta de servicios en manos de las corporaciones profesionales.

Tanto el organismo que nuclea a los profesionales como el que agrupa a las instituciones con internación se ven obligados a aceptar un sistema de concertación de honorarios entre las partes interesadas, con el arbitraje del Estado para los casos en que no fuera posible su resolución consensuada, situación excepcional que con el gobierno militar surgido del golpe de 1976 se transformará en regla. Pero consiguen, al mismo tiempo, limitar sus concesiones a esa esfera. El sistema de contratos se generaliza, pautado sobre la libre elección y el pago por acto médico, y apoyado sobre los recursos técnico-organizativos que la profesión había desarrollado en la década precedente: nomencladores, contratos tipo, normas de acreditación y sistemas administrativos.

De los dos imperativos que pueden identificarse como fundamento de la intervención estatal, el técnico-organizativo y el político, termina primando el segundo y el sistema de servicios se convierte en prenda de negociación con el sindicalismo. El decidido apoyo estatal, que abre un espacio para la presencia de la C.G.T. en la negociación relativa al sector, debilita la anterior hegemonía de las corporaciones profesionales, pero no la reemplaza por la intervención ordenadora de la instancia técnico-política. Pasadas las convulsiones derivadas del enfrentamiento por definir la posición relativa de cada uno de los protagonistas en la distribución de poder interna al sector, la prosperidad que facilita la afirmación de este esquema de acuerdos en la década subsiguiente apoya la consolidación de un modelo de organización del sistema basado en lo que hemos caracterizado como *pacto corporativo*.[1]

En la década siguiente estos *pactos constitutivos*, que proporcionan base de sustentación a las relaciones gestadas en el interior del sector, se verán fuertemente cuestionados por dos nuevos intentos reguladores por parte del Estado, de signo radicalmente diferente. En primer lugar, el proyecto de Sistema Nacional Integrado de Salud, discutido bajo el gobierno peronista de 1973-76, que postulaba un sistema único, con conduc-

1 Hemos desarrollado el tema en nuestro último trabajo, todavía inédito: Belmartino, S. y Bloch, C., *El sector salud en Argentina: Actores, conflicto de intereses, modalidades organizativas, 1960-1985.*

ción estatal fuertemente centralizada. En segundo término, la propuesta de legislación proyectada por la dictadura militar que tenía como objetivo prioritario retirar a los sindicatos el control de las obras sociales, a la vez que incorporaba algunos mecanismos de mercado destinados a reemplazar las bases solidarias de organización de la cobertura de atención médica de la población trabajadora.

Ambas experiencias producen enfrentamientos que amenazan destruir la alianza corporativa, pero sus protagonistas terminan volviendo a articular un vínculo que produce beneficios sustantivos para todos los sectores comprometidos, y se basa en principios doctrinarios que todavía parecen gozar de acatamiento generalizado. Sólo la crisis financiera que sacude al sistema a lo largo de casi diez años y una nueva manera de de pensar las relaciones fundamentales de la organización social, conseguirán destruir las bases económicas, políticas e ideológicas que dieran sustento al pacto.

Las primeras manifestaciones de la crisis del sistema

A lo largo de los años ochenta se multiplican las manifestaciones de crisis del sistema de obras sociales. Los aspectos financieros de esta crisis se revelan tanto a nivel del ingreso de las instituciones como en los gastos que deben realizar para garantizar la cobertura de salud de su población beneficiaria. La depreciación del salario real, la contracción del empleo asalariado y el consiguiente aumento del trabajo por cuenta propia, el incumplimiento por parte de los empresarios de sus obligaciones relacionadas con la recaudación de los aportes y la difusión de la costumbre de pagar "en negro" una parte del salario de bolsillo de los trabajadores, han contribuido de manera difícil de precisar a una caida sensible de los recursos globales de las obras sociales, atemperada sólo en parte por el mayor porcentaje de las contribuciones que sancionó la ley 23.660/89. El desequilibrio financiero se ve agravado por el sensible aumento de los costos de la atención médica, estimulados por la incorporación de tecnología de punta, creciente medicalización, y lo que más adelante caracterizaremos como *pugna distributiva* entre los principales grupos de prestadores.

Acompañando la crisis financiera se advierte también una crisis de los valores que sustentan el sistema, una puesta en cuestión de lo que hemos consideado sus pactos constitutivos. La defensa del modelo profe-

sional múltiple, tal como se ha desarrollado en nuestro país, se basó tradicionalmente en las virtudes del pluralismo, el reforzamiento de las instituciones intermedias y la confianza en la posibilidad de corregir deficiencias que llevaban a la desigualdad en el acceso a la atención. Sin embargo, ni la acción redistributiva de la agencia estatal encargada del sistema, ni su capacidad reguladora y normatizadora se han mostrado eficaces para reducir su heterogeneidad o sus injusticias más flagrantes.

Otros elementos que permiten pensar en una ruptura de los principios que dan fundamento al sistema se relacionan con actitudes individuales y grupales por parte de los prestadores de atención médica. Entre las más significativas mencionaremos en primer lugar la práctica de exigir del paciente un pago adicional, denominado "plus", en el momento de efectivizarse la prestación. Poco difundida en su origen, esta nueva barrera a la accesibilidad igualitaria se generalizó en los últimos años.

En sus comienzos fue desautorizada por las organizaciones gremiales médicas y puesta en práctica a título puramente individual. Más tarde se convirtió en un recurso generalizado para reparar la caída de los valores fijados al trabajo médico, progresivamente legitimado por las entidades profesionales que originariamente habían repudiado su incorporación.

Este tipo de recursos revela una creciente desconfianza por parte de los prestadores en la capacidad de las obras sociales para continuar financiando la modalidad de práctica generalizada y contribuyen a limitar el acceso de la atención de los beneficiarios con menores recursos, pero no implican en sí mismas la ruptura del sistema, aunque contribuyen decididamente a su crisis.

Por el contrario, la actitud de determinados grupos de especialistas (como los anestesistas y urólogos en algunas provincias), que han optado por cortar todo tipo de relación contractual con la Seguridad Social, obligando a las obras sociales a introducir mecanismos de reembolso por el gasto hecho por sus beneficiarios, supone un explícito rechazo a las reglas de juego propias del sistema y un fuerte límite a sus posibilidades de superar la crisis por la que atraviesa.

Visto el problema desde otro ángulo, sin embargo, estas actitudes por parte de los prestadores suponen la ruptura de las bases contractuales del sistema. Con la aplicación de un "plus" al honorario establecido contractualmente, el profesional está recuperando su derecho a establecer de manera individual el precio de su trabajo, derecho que había voluntariamente enajenado en razón de la ampliación de su clientela solvente que implicara la negociación colectiva a través de la asociación gremial. Son

también ahora razones de mercado las que estimulan la incorporación de un pago adicional, de monto variable según la valoración que cada profesional tiene de su prestigio en el conjunto de la oferta de atención médica y de la magnitud de la clientela que se mostrará dispuesta a pagar un adicional para obtener sus servicios.

La actitud de los miembros de especialidades críticas también supone una ruptura -en este caso explícita- de las bases contractuales del modelo organizativo vigente, y también esa actitud se debe a consideraciones de mercado.

En ambos casos, sin embargo, persiste una cuota de ambigüedad. El profesional que cobra plus mantiene sus vínculos con la seguridad social para facilitar a sus pacientes el acceso a las prestaciones y hacer menos oneroso el pago directo. Los especialistas que se niegan a mantenerse dentro de las reglas del sistema, usufructúan sin embargo sus ventajas, ya que buen número de pacientes sólo puede remunerar sus servicios en forma directa porque el resto de los costos de atención le son sufragados por la institución prestataria.

En realidad, tanto el plus como la negativa formulada desde algunas especialidades críticas a seguir operando bajo las reglas que estructuran el pacto corporativo sectorial constituyen tan sólo indicadores de la pugna distributiva que se ha generado en los últimos años en el interior del sector. Para entender plenamente su dinámica es necesario abandonar el análisis de conductas individuales o grupales, y profundizar la perspectiva abordando la morfología de los mercados de atención. Para ello contamos con un trabajo pionero en el área, realizado por Jorge Katz y Alberto Muñoz.

En su análisis de la morfología de los mercados de servicios médicos, servicios sanatoriales y productos farmacéuticos, Katz y Muñoz ponen de manifiesto la interdependencia existente entre los mismos y la pugna distributiva que se desarrolla entre los grandes grupos prestadores, que compiten entre sí por cierta masa de recursos cuya transferencia en una u otra dirección ocurre por vía del sistema de precios.

En opinión de los autores, este diagnóstico explicaría una serie de prácticas puestas en marcha por diferentes prestadores -sobreprestación en materia de consultas y prácticas médicas, uso excesivo de medicamentos, sobrefacturación de insumos, tasas de cirugía anormalmente elevadas, etc. Estas conductas constituirían la respuesta de los diferentes agentes prestadores, orientada a atemperar el impacto individual de la crisis financiera a través de acciones "perversas", destinadas a mantener o acrecentar la cuota de la que cada uno se apropia sobre el total de los recursos

que circulan en el interior del sector, cuando la masa de los mismos se ha visto sensiblemente reducida por la situación de crisis financiera. Y en consecuencia concluyen: es el conflicto distributivo y no las necesidades médico-asistenciales de la población lo que está determinando las pautas de funcionamiento del mercado de la salud, ante la creciente falta de capacidad regulatoria por parte de la autoridad pública (Katz y col., 1988). Todas estas falencias agravan las restricciones a la accesibilidad inherentes al modelo y agudizan la crisis. El sistema se torna cada vez en mayor medida concentrador y excluyente. Y la exclusión no afecta solamente a los sectores más débiles de la población beneficiaria sino también a los prestadores que carecen de los recursos organizativos que posibilitan la introducción de este tipo de conductas "perversas", que permiten potenciar los ingresos individuales.

Es fácil comprender, tras esta descripción, que la crítica neoliberal haya arraigado con tanta facilidad en la opinión pública y en buena parte de los círculos intelectuales interesados en la operatoria del sector. En especial cuando se tiene en cuenta que el impacto de la pugna distributiva entre prestadores se ve agravado por conductas también "perversas" de las administraciones a cargo de las obras sociales, que abarcan una gama de prácticas que van desde la mala administración o el clientelismo hasta la corrupción o el enriquecimiento personal.

Sentido y orientación de los cambios

Los cambios que se están produciendo en las modalidades de organización y financiación de los servicios de salud parecen indicar un acomodamiento relativo, destinado a moderar el impacto de la crisis financiera de la seguridad social y las políticas de ajuste fiscal sobre las debilidades y distorsiones del sistema, de carácter estructural. No parecen existir, al menos hasta el momento, indicadores que permitan esperar un alivio en tales condiciones, por consiguiente es posible suponer que los cambios proseguirán hasta encontrar un nuevo piso de equilibrio, modificando sin duda parcial o totalmente las formas organizativas preexistentes.

Para entender cabalmente la dinámica de estos cambios, se hace necesario recordar que el diagnóstico más generalizado en torno a las deficiencias del sector remite a sus condiciones de fragmentación. La fragmentación es un dato constitutivo del sector salud en Argentina que,

aunque es analizado comúnmente en términos de irracionalidad, obedece, como hemos intentado demostrar en diferentes trabajos de carácter histórico, a alguna racionalidad que lo vincula con las características particulares de nuestro sistema político. Esa fragmentación históricamente constituída y la racionalidad sobre la que se sustenta, producen una matriz de relaciones sociales sobre la cual deberán irse construyendo las posibles transformaciones futuras.

Si se comparte este diagnóstico es muy difícil pensar en una lógica homogénea de cambios que, o bien afirme el modelo preexistente, atenuando el impacto de las dificultades financieras, o bien lo sustituya por otro esquema organizativo, conforme a alguna de las propuestas difundidas en los últimos dos años. A no ser que se produzca alguna transformación sustantiva en los niveles de conducción del sistema, en función de una auténtica y consentida actividad reguladora del Estado, o alguna alianza intersectorial de fuerzas con capacidad de imponerse al conjunto en virtud de la construcción de una nueva hegemonía, lo que puede esperarse es lo que en realidad ya está pasando: la reformulación del sistema se produce en el interior de la fragmentación existente, aumentando la complejidad, la estratificación, la inequidad, que constituyen sus rasgos más críticos.

Intentando incorporar alguna precisión a este diagnóstico, es necesario señalar en primer lugar que la participación de la empresa privada en la producción sectorial continua su evolución ascendente. Un interrogante a formular se relacionaría con la posibilidad de prever las transformaciones que se producirán en el interior del sector privado, con roles ampliados y posiblemente redefinidos. La mayor o menor concentración de efectores, el crecimiento del trabajo asalariado, capitado, o con reación globalizada, el futuro de las formas de gestión corporativas, la efectiva presencia del sector correspondiente al gran capital financiero, constituyen en este momento uno de los posibles escenarios de las transformaciones, y la dirección final de los cambios no parece clara.

Está sin duda incrementándose la presencia de empresas administradoras de sistemas pre-pagos y se comienza a introducir modalidades de seguro privado con cobertura orientada a determinados riesgos, conforme al modelo generalizado en E.U.A. Las principales diferencias incorporadas a estos nuevos sistemas radican en el abandono de la modalidad generalizada de cobertura más o menos integral, y la incorporación de técnicas actuariales para el cálculo de riesgo, lo que supone sin duda un avance en cuanto a técnicas de gestión empresaria.

Las empresas de pre-pago vienen realizando, a través de la prensa especializada, una agresiva campaña en defensa de la alternativa de libre elección de la entidad prestataria por parte del beneficiario de la seguridad social, como garantía de la calidad de la atención ofrecida y eficiencia en el manejo de los recursos destinados a su financiamiento.

Estas empresas operan por fuera de las tradicionales corporaciones de prestadores y se encuentran nucleadas en dos Cámaras empresarias, CIMARA, Cámara de Instituciones Médicos Asistenciales de la República Argentina, y ADEM, Asociación de Entidades de Medicina Prepaga; en este último caso la asociación integra a empresas que carecen de capacidad instalada propia. En general se las ha considerado como entidades intermediarias, prohibiéndoseles de manera explícita la contratación con obras sociales.

Sin embargo, las empresas de pre-pago con mayor capacidad operativa han comenzado a firmar acuerdos con algunas obras sociales, eludiendo de ese modo, posiblemente al amparo de una política desreguladora que aún no ha sancionado el instrumento jurídico específico, las disposiciones legales que vetan esa práctica.

En lo relacionado específicamente con el capítulo referido a seguridad social las formas de contratación entre prestatarias y corporaciones profesionales han comenzado a diversificarse. En algunos casos se han formalizado contratos con los prestadores en los que estos garantizan la eliminación del "plus", también se ha comenzado a incursionar en los contratos de riesgo por esquemas capitados, y en forma excepcional se han introducido pagos globalizados para las prácticas de internación.

Los contratos de riesgo pactados sobre base capitada significan una modificación sensible de las bases del sistema, ya que, como su nombre lo indica, transfieren el riesgo asociado a la posible insuficiencia de los recursos para cubrir la totalidad de las prácticas a las organizaciones de prestadores. Estas contratan con la obra social una remuneración por beneficiario, y remuneran las prestaciones efectuadas por sus miembros sobre la base tradicional de pago por acto médico. Este mecanismo las obliga a poner en marcha una estricta auditoría, conducente a desalentar la sobre-práctica o la sobre-facturación, muy difundidas en los últimos años, y en condiciones de afectar seriamente la viabilidad financiera de los acuerdos.

A través de ésta y otras estrategias de adecuación a las restricciones financieras, las sacudidas producidas por la crisis han afectado la cohesión de las corporaciones de prestadores. CONFECLISA y sus filiales habían conseguido mantener unido durante más de tres décadas a un conjunto he-

terogéneo de instituciones de internación, dotadas de muy diferente capacidad instalada, nivel de equipamiento, capacidad de gestión empresaria. El esfuerzo de modernización emprendido por algunas de estas instituciones en los últimos quince años las ha separado aún más de la masa de pequeñas y medianas empresas con pocas posibilidades de subsistir en un mercado francamente competitivo.

En tales condiciones, la necesidad de reducir costos en función de mantener los contratos con las obras sociales o introducir sistemas de pago capitado, ha estimulado la competencia en el interior mismo de la corporación sanatorial. Tal competencia se expresa por diferentes vías: una de ellas se vincula a la demanda de introducción de mecanismos de categorización que produzcan un sinceramiento de la capacidad de oferta de cada una de las instituciones miembro; en otros casos, se forman bloques en el interior de las organizaciones de primer nivel para adherir de manera independiente a contratos capitados obtenidos por uno u otro sector; por último, ha comenzado a discutirse la idea de transformar las entidades en cámaras empresarias, de manera que dejarían de producir contratos generalizados como representantes del conjunto de miembros adherentes y éstos recuperarían la libertad de decidir sus propios mecanismos de vinculación con las entidades prestatarias.

Si seguimos profundizando el análisis podemos concluir que el sistema de servicios atraviesa actualmente una crisis similar a la que diera origen a las transformaciones de los años treinta, caracterizada por la inexistencia de mecanismos que facilitaran la adecuación entre oferta y demanda. Katz hace referencia a una "saturación relativa" de los mercados de servicios médicos, de internación sanatorial, de tecnología de alta complejidad, etc., que vincula con la tasa interna de retorno a la inversión y el comportamiento de mercado de los agentes económicos involucrados. Si se analizan indicadores tales como camas sanatoriales por habitante, tomógrafos cada diez mil personas, etc., resulta evidente que el fenómeno de saturación relativa de la oferta aparece como significativamente generalizado en el campo de la salud. Resulta razonable esperar que los agentes prestadores enfrenten una caída en el coeficiente de utilización de la capacidad instalada disponible, que a su vez procurará una baja en la tasa interna de retorno del capital invertido en la realización de la actividad.

Tales condiciones inducen conductas reactivas por parte de los prestadores, quienes buscarán contrarrestar de alguna manera dicha tendencia a la contracción de los beneficios. En lo relacionado con la dinámica corporativa, que es la que aquí nos interesa, la fase correspondiente a las

condiciones de saturación de la oferta permite predecir la ruptura y fragmentación de las entidades intermedias y los respectivos mercados. Esto se vincula con el traslado de la pugna distributiva al interior de los propios núcleos prestadores.

El alto grado de saturación relativa de los mercados de servicios médico sanatoriales implicaría un cambio en la estrategia de crecimiento del sector. Para volver a generar tasas elevadas de retorno al capital se hacen necesarias estrategias de crecimiento que incluyan prácticas innovativas, altos niveles de complejidad tecnológica, mayor confort en la atención sanatorial. Desde el punto de vista económico, este cambio sólo es posible mediante la reducción de costos, la mejora de la productividad y, de manera más global, el cambio tecnológico de productos, procesos y organización del trabajo en el sector.

Seguramente no todos los agentes presentes en el mercado estarán en condiciones de aplicar dicha estrategia, esto supondrá una profundización en las diferencias de eficiencia operativa y calidad entre grupos prestadores.

Redefinición de las relaciones de poder

¿Qué lectura puede hacerse de estos procesos? En primer lugar, parece evidente que el mecanismo de mercado, nunca totalmente ausente del sistema de contratación con las obras sociales, ha comenzado a transformarse en hegemónico.

Son cuestiones de mercado las que han determinado que la diferenciación interna de las instituciones del sistema haya llegado a límites que afectan la vinculación entre sus partes. La diferente capacidad de pago de las entidades prestatarias y la diferenciación de costos y posibilidad de captación de demanda de los prestadores ha traspasado el nivel compatible con el mantenimiento de convenios globales. Muchos dirigentes de obras sociales han asumido abiertamente el desafío de convertirse en empresarios. Aquéllos que controlan una entidad con un número significativo de beneficiarios, cuentan con respaldo suficiente para la discusión de convenios capitados en condiciones de imponer precio a los prestadores, dispuestos además a asumir el riesgo financiero del que anteriormente se hacían cargo las prestatarias. Se han formado Uniones Transitorias de Empresas (UTEs) para vehiculizar contrataciones por fuera de los ámbitos tradicionales. Se han producido también acuerdos inéditos entre ins-

tituciones del sector público, organizaciones gremiales y sanatorios privados para presentarse a licitaciones de magnitud, como las emprendidas por la obra social que agrupa a los jubilados. Por su parte, las corporaciones profesionales han comenzado a desarrollar nuevos instrumentos de gestión, de manera de adecuar su capacidad de oferta a las nuevas exigencias, impuestas por la operatoria del mercado.

Podría decirse que la principal transformación se vincula con la diferente dinámica que ha tomado la pugna distributiva. Sus principales protagonistas han dejado de ser prestadores individuales que ponen en práctica conductas "perversas" ajenas al compromiso aceptado por sus instituciones representativas. La pugna se ha hecho explícita y se vuelca en conflictos inter e intra institucionales: grupos de prestadores compiten por segmentos de mercado. No puede decirse, sin embargo, que ese mercado haya adquirido transparencia, ni que el resultado de la pugna se defina en todos los casos por competencia de precios o diferenciación de productos. Lamentablemente las conductas "perversas" no han desaparecido, y en algunos casos gobiernan la nueva lógica de apropiación de los recursos que circulan en el sector.

Conforme a los cambios producidos, puede aventurarse una hipótesis de ruptura del *pacto corporativo*, sancionado en los años 70. El oligopolio de mercado logrado por las corporaciones de prestadores ha perdido eficacia aglutinante ante la crisis financiera de la seguridad social. Parece indudable que los recursos en circulación no satisfacen las expectativas de beneficio para la totalidad de los prestadores insertos en el sistema. En esas condiciones, aquéllos con mejores posibilidades de competencia prefieren romper los acuerdos corporativos y efectuar contrataciones independientes.

Las nuevas condiciones de oferta y demanda de servicios parecen favorecer acuerdos regionales, departamentales, o incluso, locales. Esto constituye un factor más de disgregación para las organizaciones corporativas, que históricamente habían defendido la vigencia de principios fuertemente solidarios a nivel provincial.

La corporación sindical también ha perdido fuerzas. La tradicional identidad peronista de la mayor parte de los dirigentes sindicales se ha visto conmovida por las políticas de corte neoliberal puestas en marcha por el gobierno. La privatización de empresas públicas, la racionalización del personal del Estado, los proyectos de desregulación de las relaciones laborales, la propuesta de transformación del sistema de seguridad social, constituyen verdaderos desafíos para el mantenimiento del poder político

y económico de los sindicatos. Las obras sociales han perdido capacidad de presión sobre un Estado que no pretende seguramente su desaparición pero parece decidido a obligarlas a racionalizar su gestión.

Las transformaciones en la esfera sindical, sin embargo, van más allá del debilitamiento de la capacidad negociadora de la C.G.T.. Los dirigentes con mayor flexibilidad ante los cambios o mejor capacidad de inserción en las nuevas oportunidades brindadas por la privatización de empresas públicas o la desregulación de áres significativas de la producción de servicios, han comenzado a incorporar funciones empresarias a sus actividades más tradicionales. La administración de Programas de Propiedad Participada en empresas públicas privatizadas, la organización de microemprendimientos para la perforación de áreas petroleras, o la propuesta de la Unión Ferroviaria de hacerse cargo de la administración de líneas ferroviarias a privatizar, son algunos de los ejemplos más notables, que muestran que la participación de algunos sindicatos en UTEs destinadas a contratar prestaciones de salud no constituye un fenómenos aislado o limitado al interior del sector.

Reflexión final

Aunque no pueda delimitarse un tendencia uniforme en la reformulación del sistema de servicios, es indudable ya que la lógica que gobernó la constitución de sus actores significativos y por consiguiente la conformación de las relaciones de poder en el interior del sector salud está siendo impactada por las condiciones de la crisis y las estrategias puestas en marcha para su absorción, tanto a nivel macro como en lo específico sectorial.

Pasada esta etapa de transformaciones, seguramente encontraremos profundamente transformado el mapa sectorial, en lo relacionado con sus principales protagonistas, la distribución de los recursos en circulación, las relaciones gestadas entre instituciones, grupos e individuos. Sería excesivamente audaz entrar en un juego de *política-ficción* y aventurar la futura conformación de ese escenario. Sin embargo, si las tendencias perceptibles en este momento no son profundamente revertidas, puede pensarse en un aumento de la estratificación, el incremento de las condiciones críticas y la agudización de los mecanismos de exclusión que ya están discriminando a las partes más débiles del sistema.

En relación con la específica lógica intrasectorial, puede pensarse en

la supresión de los límites netos existentes entre los tres subsectores — público, privado, de la seguridad social — y el desarrollo de múltiples interpenetraciones capaces de transformar profundamente la configuración del sector. La emergencia de ese nuevo diseño se inscribe sin duda en un proceso de rearticulación de lo estatal y lo privado, verificable también en otras áreas sociales de significación.

En interrelación dinámica con ese proceso se produce la transformación de algunos de los actores protagónicos, que hegemonizaron las relaciones de poder en el interior del sector a lo largo de por lo menos las últimas dos décadas. Las bases ideológicas que fundamentaron la constitución de tales actores han sido profundamente transformadas. En particular aquellas instituciones que cimentaron su poder en lazos solidarios fundados en la conformación de un oligopolio en la oferta de servicios, están sufriendo procesos de desestructuración y conformación de nuevos referentes identificatorios, basados en la eficiencia y la competitividad. De esa manera se justifica la eliminación de los sectores con menor capacidad de adecuación a las nuevas condiciones del mercado, como una de las formas de redimensionar una oferta excedente en relación a los medios de pago disponibles.

También desde el lado de la demanda se produce una diversificación de actores, ya que aquéllas instituciones con mayor poder de mercado han comenzado a formalizar contratos por fuera de las vinculaciones tradicionales con las organizaciones de prestadores. También en este nivel la lógica articulatoria de lo para-estatal y lo privado está siendo objeto de redefinición, y mecanismos de desregulación no sancionados por las instituciones estatales son puestos en marcha por acuerdos privados, en algunos casos en explícita contravención de las leyes vigentes.

La dinámica intrasectorial no ha logrado sin embargo desprenderse, pese a la magnitud y la trascendencia de los cambios sufridos, de su vinculación con fuerzas que se originan en la conflictividad socio-política de nivel general. Es ésta la que sigue trabando la capacidad reguladora del Estado y la potencialidad legitimatoria de una intervención ordenadora en el sector salud.

La reflexión de mayor significado se ubica a nuestro criterio en el deterioro de la función reguladora y ordenadora del aparato estatal que se verifica a partir de los años sesenta y se vincula a la dinámica del sistema político a partir *del rol significativo que juega el sindicalismo en ambos campos*. En efecto, ese deterioro no parece relacionarse con la falta de aptitudes técnicas entre sus funcionarios, sino a la carencia de una base polí-

tica para las propuestas elaboradas desde la racionalidad técnico-administrativa.

Esa falencia en el rol asumido por el Estado da pie en primer lugar al surgimiento de acuerdos entre corporaciones, facilitados por una coyuntura de crecimiento en el financiamiento de los servicios por parte de las instituciones de la seguridad social. Los acuerdos corporativos que facilitaron la cobertura de atención médica de buena parte de la población trabajadora se revelaron sin embargo incapaces de disciplinar a sus agentes de manera de garantizar la continuidad del sistema cuando la disponibilidad de recursos encontró su techo. En tal situación, la heterogeneidad de los intereses comprometidos actuó como disparador para introducir una dura competencia por los recursos que circulan en el interior del sector entre los grandes grupos de prestadores, encareciendo costos y agravando las características excluyentes del sistema.

En la coyuntura más reciente, la orientación desreguladora del Estado y la presencia amenazante de nuevos intereses dotados de mayor posibilidad de negociación por no estar sujetos a compromisos intracorporativos, estimuló el traslado de esa competencia al interior de las organizaciones menos cohesionadas, provocando situaciones de ruptura en algunos casos, en otros, el debilitamiento de la percepción de intereses comunes y la búsqueda de soluciones grupales o regionales.

Más allá de la intencionalidad política del gobierno que procura debilitar el poder sindical para imponer un nuevo ordenamiento de las relaciones laborales, el diagnóstico de ineficacia e ineficiencia con que se cuestiona el pacto corporativo se ve crecientemente respaldado por la dinámica sectorial puesta en marcha como respuesta a las condiciones de crisis. La ineficiencia en la administración de las prestaciones, el despilfarro en el manejo de recursos, la derivación de fondos hacia gastos que poco tienen que ver con las necesidades de atención de los beneficiarios, los episodios de corrupción que llegan al debate público, distan de poder ser entendidos como "recurso ideológico" de aquéllos interesados en privatizar las fuentes de financiamiento. Muy por el contrario, forman parte de la experiencia cotidiana de múltiples agentes y usuarios de la cobertura otorgada por las obras sociales. Cuestionado por la ofensiva neoliberal, el sistema, abordado tanto desde el ángulo de los prestadores como de los prestatarios, carece de argumentos contundentes para esgrimir en su defensa.

Sus sectores más fuertes prefieren mimetizarse con las opciones que favorece la concepción hegemónica. Abandonar la identidad gremial cor-

porativa y asumir una organización empresarial, dejar de lado la pretensión de controlar un mercado unificado por el oligopolio de la oferta y negociar desde la fragmentación originaria, agravada y profundizada por la crisis. A partir de la opción preferida por aquéllos que están en mejores condiciones de adecuarse a sus exigencias el mercado pasa a ser el regulador de la nueva dinámica sectorial, con su secuela de injusticia y marginación social.

Referências bibliográficas

BELMARTINO, S. y BLOCH, C., 1988. "Aportes para la discusión del sistema de obras sociales". *Cuadernos Médico Sociales* 44:3-36, junio.

BELMARTINO, S., BLOCH, C., PERSELLO, A.V., CARNINO, M.I., 1988. *Corporación Médica y Poder en Salud*. Buenos Aires, Ed. O.P.S. /O.M.S., Representación Argentina.

BELMARTINO, S., BLOCH, C., CARNINO, M.,I., PERSELLO, A.V., 1991. *Fundamentos históricos de la contrucción de relaciones de poder en el sector salud*. Buenos Aires, Ed. O.P.S./O.M.S., Representación Argentina.

DIEGUEZ, H., LLACH, J. J. y PETRECOLLA, A., 1990. *El gasto público en el sector salud. Volumen IV de El gasto público social*. Buenos Aires, Publicación del Instituto Torcuato Di Tella.

KATZ, J. y MUÑOZ, A. 1988. *Organización del sector salud: puja distributiva y equidad* Buenos Aires, CEAL.

KATZ, J., 1990. "Reestructuración industrial, gasto público y equidad social" *Doxa* I 2: 27-30.

KATZ, J. y cols. 1993. *El sector salud en la República Argentina: su estructura y comportamiento* F.C.E./Serie de Economia, Buenos Aires.

UNICEF, 1992. *Cuesta abajo. Los nuevos pobres: efectos de la crisis en la sociedad argentina*. Buenos Aires, Losada.

Lo Publico y lo Privado, las Aseguradoras y la Atencion Médica en México

Silvia Tamez G.
Catalina Eibenschutz H.
Claudia Bodek S.

Introducción

En la década de los 80's se inició el llamado periodo neoliberal en toda América Latina, como una respuesta a la crisis económica y a la deuda externa. A fines de la década parecía que este modelo neoliberal propio de nuestros países y muy diferente al de los países centrales o desarrollados, se había instaurado "para siempre". Los acontecimientos electorales en Estados Unidos, la elección de Clinton en base a un programa con una fuerte política social, dependiente del Estado, nos ha hecho reflexionar sobre la inviabilidad de este modelo e incluso empezar a hablar del periodo postneoliberal.

No obstante, es un hecho que el modelo neoliberal ha tenido un impacto importante en el campo de los servicios de salud, derivado, por una parte, de las políticas de ajuste y por la otra de un impulso a la participación del sector privado en áreas que habían sido casi exclusivas del sector público.

Varios autores (Eibenschutz, 1991, Laurell, 1992) han planteado que el crecimiento de los seguros médico privados en el país es hasta el momento el eje principal del proceso de crecimiento del sector privado de la atención médica.

En nuestro país, a diferencia de otros de la región (Brasil por ej.) el sector privado a nivel hospitalario fue poco importante en relación a la cobertura, la calidad y la tecnología con la que contaban los hospitales del sector público y de seguridad social. A partir de la crisis de 1982, el aumento en las camas privadas ha sido significativo, este crecimiento se ha visto acompañado de modificaciones legales que abren el espacio para el sector privado, así como de estímulos directos del Estado para el uso de esos servicios. (WHO/OPS, 1991).

En este sentido, el objetivo de este trabajo, inscrito en una investigación más amplia que se propone estudiar el proceso de privatización de la atención médica en México, es describir y analizar, como parte del proceso privatizador, la evolución de los seguros médicos privados, a partir de los cambios iniciados a principios de la década pasada.

Interesa fundamentalmente hacer un análisis de carácter político basado en datos económicos, pero subrayando el perfil político y de modificación de las relaciones de poder que han caracterizado al proceso de privatización de la atención médica en México desde 1982 hasta la fecha.

En este sentido, la hipótesis de este trabajo es la siguiente:

Dentro de la política neoliberal el Estado ha asumido la función de apoyo a la industria de los seguros privados a través de impulsar y favorecer las condiciones de su crecimiento y consolidación.

Viejos y nuevos conceptos

Antes de iniciar el análisis arriba mencionado es necesario discutir algunos elementos teóricos:

Lo público y lo privado

No es objetivo de este trabajo hacer una revisión exhaustiva de la producción teórica sobre estos conceptos, los cuales son objeto tanto del Derecho como de la Ciencia Política[1]. En tal sentido sólo se hará referencia a aquellos elementos que brindan mayor claridad a nuestra línea de análisis.

Estos términos que aparentemente son claros, no lo son tanto cuando se intenta precisar los diferentes tipos de servicios de atención médica. Para tal efecto, es conveniente revisar un poco la historia misma de estos conceptos a fin de comprender su complejidad.

Ambos términos tienen su origen en Grecia porque la Polis griega implica la creación (por primera vez en la historia) de un espacio público que "pertenece a todos" y deja de ser una cuestión privada del rey, de los sacerdotes, de la burocracia, de los políticos o de los especialistas. La esencia del espacio público no tiene que ver solamente con las decisiones finales de los problemas que afectan a todos, sino que incluye también los antecedentes y todo lo que pueda conducir a las decisiones finales (Castoriades, 1988).

1 Ver autores clásicos desde Platón y Aristóteles hasta las revisiones actuales que hacen A. Giddens, D. Held, R. Dahl, J. Alexander.

Además en el espacio público los actores tienen que hablar, los espectadores están obligados a oir y el papel entre espectador y actor no se separa, todos son espectadores y todos son actores. Esta idea de lo público nace íntimamente ligada al concepto de democracia griega desarrollada por Platón y Aristóteles (Dahl, 1991).

Lo privado a su vez, se refiere a lo que acontece o sucede detrás de las puertas de las casas y nadie lo ve ni lo conoce y curiosamente está estrechamente ligado a la noción de propiedad y género femenino[2](Barthelemy, 1990).

Desde los griegos clásicos a la fecha estos conceptos han sido desarrollados en tanto están directamente ligados a los conceptos de derecho, democracia, de lo político, de lo moral, de lo ético, de lo individual y lo colectivo, de la razón de ser del Estado y la constitución de la ciudadanía.

No hay que olvidar que los orígenes de lo público y lo privado se dieron en una sociedad de pequeña escala, la llamada Ciudad-Estado. En la actualidad las dificultades para la conceptualización son mayores debido a que no solo se trata de Estado-Nación sino de complejas relaciones derivadas de la actualmente denominada "globalización".

En todo caso, lo que interesa destacar es que el tema público-privado no puede ser reducido, (sobre todo en el campo de la atención médica), a tres alternativas excluyentes entre sí, a saber: lo público, lo privado, y lo mixto. Por todo lo anterior se considera más adecuado analizar concretamente las formas de articulación entre las diferentes modalidades públicas y privadas de la atención médica tanto individual como colectiva, para conservar, proteger y mejorar la salud.

Procesos de privatización

Después de las reflexiones anteriores, es necesario también, discutir brevemente a qué procesos se refiere la privatización de los servicios de atención médica, pues no hay coincidencia entre los diferentes autores en el significado del término privatización.

Así tenemos que algunos autores (Laurell, 1992, Yero, 1991, Eibenschutz, 1991), consideran las siguientes modalidades:

2 Siendo estrictos con esta definición, el Estado mexicano pertenece al ámbito de lo privado en tanto no se conoce lo que sucede en su interior y no esta obligado a ser actor ni espectador en ese espacio llamado público. Idea que resultó de una Mesa Redonda con la participación de Susana Belmartino y Catalina Eibenschutz.

Indirectas:

1. Introducción o aumento de pago de cuotas por servicio.
2. Gestión privada de lo público.
3. Introducción de formas gerenciales de administración o financiamiento.
4. Fortalecimiento del sector privado frente al público.
5. Subrogación de servicios al sector privado.
6. Administración de fondos de seguridad social por el sector financiero y bancario privado.
7. Aumento de los seguros privados y de los hospitales privados.

Directas:

8. Venta de servicios o activos al sector privado.
9. Traspaso de las cuotas de seguridad social, tanto de trabajadores como empleadores, al sector privado.

Por su parte, Eibenschutz (1992), divide las diferentes modalidades de privatización en directa e indirecta, mientras, el sector gubernamental y los organismos internacionales hablan del "Mix Público Privado" (WHO/OPS, 1991).

En términos de proceso, consideramos en este trabajo, que la privatización, en sentido estricto, se refiere a la venta de servicios y activos del sector público al sector privado, lo cual garantiza la lógica de lo privado, entendida como acumulación de capital en manos privadas y/o obtención de ganancias, forma que más arriba denominamos privatización directa.

La introducción o aumento de pago de cuotas por servicio, no significa una privatización real sino más bien una transferencia de costos a la población, restringiendo sus derechos ciudadanos frente a la protección a la salud. Asimismo, hay que considerar como transferencia de costos los elementos de tipo solidario que la familia se ve obligada a absorber ante la falta de atención y seguimiento que hoy en día se genera en el sector público en razón de su alto costo, por ejemplo, cirugía ambulatoria y disminución al mínimo de tiempo de estancia por parto.

Respecto a los procesos de gestión privada de los público y de introducción de formas gerenciales de administración o financiamiento, se trata de dos procesos diferentes que se confunden frecuentemente bajo el término general de privatización.

El primero corresponde realmente a un proceso de privatización pues el privado obtiene ganancias directas en la gestión de lo público, mientras que el segundo no forzosamente implica una lógica privada en la gestión,

en el sentido de que puede ser un reconocimiento técnico de cierta capacidad para elevar la eficiencia de los servicios, sin modificar la lógica de lo público. No se ignora, sin embargo, que este tipo de gestión no toma en consideración la categoría de eficacia de los servicios para resolver los problemas de salud, lo cual se ha venido olvidando en "aras de la modernidad".

En el caso del fortalecimiento del sector privado frente al público, es necesario diferenciar si este proceso implica la intervención financiera y/o legal por parte del gobierno y del Estado (como es el caso de México), en el cual se puede hablar de un proceso de privatización; o si se trata de una supuesta "libre competencia" entre lo público y lo privado como dos sistemas absolutamente independientes, en cuyo caso no se puede considerar un proceso de privatización sino un fortalecimiento del sector privado ya que la lógica del público no se altera. Este proceso se ha acompañado sistemáticamente de recortes presupuestales derivados de las políticas de ajuste, que redundan en deterioro de los servicios públicos, favoreciendo el crecimiento del sector privado, como es el caso de los Institutos Nacionales de Salud en México.

En el caso de subrogación de servicios al sector privado se trata, efectivamente, de una privatización ya que se garantiza con gasto público el funcionamiento de instituciones privadas. En México la subrogación de servicios clínicos, de gabinete y hospitalarios es escasa, mientras que los servicios de limpieza general y lavandería están casi todos en empresas privadas (Eibenschutz, 1991).

En cuanto al crecimiento de la industria del seguro privado, objeto de este trabajo, ha inducido un mercado creciente para la atención hospitalaria privada.

En lo referente a la administración de fondos de seguridad social por el sector financiero y bancario privado, se trata, efectivamente, de una privatización, como lo demuestra el caso del Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR) recientemente instituido en México, el cual otorga a la banca privada el 2% del salario nacional para su administración, bajo el esquema de la lógica financiera en aras del retiro de los trabajadores. (Diario Oficial, feb., mzo. y abr. 1992).

En relación a la venta de servicios o activos al sector privado, en México aun no se ha llevado a cabo, aunque existen rumores de que va a suceder. De hecho lo único que hay al respecto son declaraciones y desmentidos en la prensa.

La transferencia de cuotas que antes venía recibiendo la seguridad social, a sistemas de seguros privados representa también un tipo de pri-

vatización, en sentido estricto. Este proceso es característico de una parte del modelo adoptado en Chile y aún no en México.

A partir de 1990 la forma de privatización más importante que se ha dado en México ha sido la expansión de los seguros médicos privados, lo cual ha estimulado un crecimiento importante en el número de camas privadas, cuyo registro es todavía muy impreciso ya que ha variado de 3,000 en 1985 a 17,000 en 1991 (Soberón, 1989 y WHO/OPS, 1991).

Cuando se habla del mix público/privado, queda también muy confuso el concepto. De acuerdo con Frenk (1992) el mix se ubicaría en financiamiento privado con prestación de servicios públicos, en financiamiento público con prestación de servicios privados. Este tipo de interpretación no toma en consideración las condiciones sociales que garantizan que una situación de este tipo no ocasione un aumento en la inequidad.

Consideramos que el hablar de la lógica de lo privado y la de lo público permite una precisión mayor; hablar de articulación público/privada permite un análisis más profundo que el término ambiguo de mix; lo primero nos obliga a analizar qué tipo de relaciones se establecen y cuál es su lógica y sus determinantes.

Papel del Estado en las transformaciones del sector salud en México

Debido al giro "modernizador" adoptado por nuestra economía, se ha producido una desregularización generalizada de la normatividad que rige las diferentes relaciones económicas, situación que se aplica al mundo de los seguros y las fianzas. En este caso, el gobierno ha impulsado reformas y decretos que tienden a propiciar la apertura del sector en aras de lograr una mayor eficiencia y competitividad de las compañías de seguros y afianzadoras.

De acuerdo al discurso de las empresas aseguradoras (Ruiz, 1992 y Amis, 1991), dichas reformas están dirigidas fundamentalmente a:

- eliminar barreras y fomentar la competencia a través de concesiones de carácter discrecional;
- promover eficiencia, autorizando al sector extranjero su participación en el capital social de las aseguradoras. En enero de 1990 entró en vigor un nuevo esquema de coinversión el cual, entre otras cosas, permite inversión extranjera directa en capital social en el sector hasta un 49%;

- desregularizar las primas y tarifas demandando solo su registro previo;
- dejar al libre mercado la determinación de comisiones de corredores y agentes de seguros;
- incrementar la diversidad de productos y eliminar el requisito de autorización previa para el establecimiento de cualquier clase de oficinas del giro en todo el país;
- establecer un capital mínimo de garantía para protección de los asegurados; y
- crear grupos financieros a través de una ley especial para ello.

Para lograr lo anterior, se encuentran entre las reformas más importante las realizadas a la nueva Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (LGISMS), publicadas en el Diario Oficial el día 3 de enero de 1990 y que a continuación citamos:

La LGISMS "...tiene como propósito principal el desarrollo del sector, basada en una autonomía de gestión, con criterios de solvencia, apalancamiento, rentabilidad, liquidez y de seguridad. Así, bajo el registro y supervisión de la autoridad, las instituciones y sociedades mutualistas de seguros, pueden aplicar, sin el requisito de la previa aprobación del órgano encargado de su inspección y vigilancia, sus tarifas, primas, planes de aseguramiento, documentos contractuales y demás elementos técnicos necesarios para su operación, garantizando el cumplimiento de las obligaciones que asumen, por medio de una adecuada selección de riesgos" (Ruiz, 1992).

Las reformas también han sido orientadas a flexibilizar las funciones de las aseguradoras para incentivar el crecimiento de su mercado frente a las necesidades que impone la futura firma del Tratado de Libre Comercio (TLC).

Asimismo, se reconoce la presencia de nuevos intermediarios e instrumentos de captación y la constitución de grupos financieros, para lo cual se creó la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.[3]

Por otro lado, el gobierno mismo otorga diferentes tipos de seguro

3 "La Comisión Nacional de Seguros y Fianzas se creó como un órgano desconcentrado de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) encargado de la regulación, inspección y vigilancia de los sectores asegurador y afianzador, mediante decreto que reforma, adiciona y deroga diversas disposiciones y artículos de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros publicado el 3 de enero de 1990 y surge de la escisión de la antigua Comisión Nacional Bancaria y de Seguros". (Aviles, 1992).

médico privado a sus trabajadores, garantizando un mercado dinámico para las empresas de seguros.

De esta manera el Estado cambia su carácter y de ser un Estado que produce y otorga servicios de salud, pasa a generar condiciones para el desarrollo del libre mercado de la atención médica.

Se consideró necesario hacer un análisis comparativo entre varios paises de América Latina pues de esta manera el análisis del caso de México se hace dentro de un marca más amplio.

La industria aseguradora en América Latina

Dado que en la última década la privatización de los servicios de salud es compartida por prácticamente todos los paises de América Latina, se han seleccionado algunos con modelos paradigmáticos, tanto por su historia sanitaria como por sus formas de articulación y crecimiento de la industria de los seguros médicos privados, los cuales una vez expuestos serán analizados críticamente.

La caracteirzación de dichos paises se resume como sigue:

En Brasil la privatización de los servicios de salud, entendida como un aumento significativo de las camas hospitalarias privadas, se produjo durante la dictadura militar en la década de los sesentas, de forma tal que en la transición a la democracia a fines de los setenta el 90% de las camas pertenecían al sector privado y en 1986 la Reforma Sanitaria Brasileña se orientó al aumento del control público sobre las camas privadas para garantizar el acceso universal a la atención médica. En todas las etapas mencionadas, la garantía del uso de las camas privadas se hacía a través de seguros privados y de la previdencia social (INPS). Por otra parte, en el período analizado, la inflación de Brasil ha sido significativa y no se ha logrado controlar.

En Chile, la privatización fue más brusca y profunda a partir de la década de los ochenta bajo la dictadura pinochetista, fundamentalmente mediante el traslado de las cuotas de los trabajadores a las ISAPRES que son instituciones privadas con diferentes modalidades de cobertura y cobros adicionales, dejando a la mayoría de la población en el sistema público FONHASA en condiciones de deterioro financiero. En lo que al proceso inflacionario se refiere, este país es el que lo ha logrado controlar de manera más exitosa.

En Argentina, desde 1940 las Obras Sociales contrataban camas del sector privado para atender a sus derechohabientes, por lo cual las camas

del sector privado y los seguros privados iniciaron su crecimiento en esa época, sin embargo, recientemente el crecimiento de los seguros privados y de las camas privadas ha sido más marcado. Además de que la inflación fue la más alta y descontrolada de la región.

En México en 1984, el gobierno crea el Sistema Nacional de Salud, disminuye drásticamente el gasto público en salud y se mantienen los aportes de los trabajadores a las instituciones de seguridad social, sin embargo el deterioro de los servicios públicos, favorece el crecimiento significativo de las camas privadas y de los seguros médicos. En cuanto al proceso inflacionario, logra ser controlado hasta finales de la década de los ochenta.

Análisis comparativo

En todos los paises hubo un crecimiento de las primas de todos los rubros en relación con el PIB en el periodo de 1986-1990. El crecimiento más significativo fue el de Brasil y en segundo lugar el de México, sin embargo, el punto de partida era significativamente más alto en Argentina y Chile que en los otros dos.

En el caso de Brasil llama la atención que de 1989 a 1990 prácticamente se duplica este indicador, lo cual se pude explicar por la caída tan importante del crecimiento del PIB en estos años, en los cuales baja de +3.6 a -4.6. Este hecho relativiza el crecimiento de las primas de 122.2% ya que si comparamos 1986 con 1989 el crecimiento registrado es de solamente 12.5%.

Por su parte, México es el país que presenta una participación más baja, sin embargo, a partir de 1986 se observa un crecimiento sostenido, llegando a duplicarse en el período; tomando en cuenta la consideración hecha sobre Brasil, se puede concluir que México es el país que crece más.

Globalmente podemos concluir en todos los paises aqui analizados, que el sector asegurador ha mantenido un crecimiento sostenido, aunque esto no signifique forzosamente un crecimiento del rubro de los seguros médicos privados.

Para poder comparar los años 1986 y 1990 y analizar por separado el gasto per cápita en primas de vida y no vida se construyó el siguiente cuadro:

Se observa un crecimiento en todos los países y en ambos tipos de primas pero en diferente proporción en cada país.

Llama la atención que el porcentaje mayor de crecimiento lo presen-

tan México y Chile, siendo en ambos casos más importante el crecimiento en los seguros de vida, dentro de los cuales se encuentran los seguros médicos. Brasil y Argentina por su parte, crecen en menor proporción y principalmente los de no vida. Estos datos son coherentes con el modelo de privatización de cada país mencionado anteriormente.

Dada la estabilidad económica alcanzada en ese período por Chile y México el crecimiento observado sugiere un aumento en el número de asegurados.

A partir del análisis anterior podemos hacer las siguientes reflexiones:

— El crecimiento de la industria asegurador observado en todos los países es una expresión del modelo de crecimiento económico inherente al neoliberalismo típico de la región, el cual se ha basado en el sector financiero no directamente productivo.

— Al comparar evolución y crecimiento de la industria aseguradora entre México y Chile (primas/PIB, primas per cápita), encontramos que el crecimiento entre 1986 y 1990 es más acelerado en México, sin embargo, el gasto per cápita en números absolutos es mucho mayor en Chile.

Probablemente esto se debe a diferencias en los modelos de privatización y financiamiento entre los dos países. Chile por su parte, implantó el modelo de las ISAPRES en el año de 1983, lo que significó el traspaso de las cuotas de los trabajadores al sector privado, a diferencia de México, dónde el crecimiento se da a partir de 1986 y hasta el momento los seguros privados tienen una función complementaria respecto al público.

Las diferencias señaladas entre México y Chile sugieren que la apuesta gubernamental en México apunta hacia el establecimiento del modelo chileno en un ámbito de "democracia".

En cambio, Brasil está en un momento diferente debido a las características de su reforma sanitaria que intenta priorizar la responsabilidad del Estado y la universalización frente a la presión del modelo neoliberal. Además, dado que las camas son privadas desde la década de los sesenta, no es posible ver un crecimiento significativo en los seguros médicos en los últimos años.

Evolución de la industria aseguradora en México

El sector asegurador de México está concentrado en empresas privadas; del total de 42 aseguradoras que integran el sector, 37 son empresas

privadas, mientras que solo 3 son de Estado y 2 son mutualistas (Amis y col. ago., 1992). Aseguradora Mexicana (ASEMEX), empresa estatal de seguros, considerada como de las más importantes a nivel nacional, se encuentra actualmente en pleno proceso de privatización lo que implica que el Estado mantendrá solamente 2 instituciones de seguros: Agroasemex e Hidalgo.

Por otra parte, el crecimiento de capitales en las empresas de seguros privados se observa en los siguientes datos: hasta 1990, había 5 instituciones de seguro directo y una reaseguradora que tenía participación de capital extranjero (entre el 20 y el 44%); hoy en día, hay inversión extranjera en 9 instituciones de seguro directo y su proporción varía entre el 26% y el 49% del capital y en la reaseguradora la totalidad de la inversión es de origen nacional (Amis, 1992).

Existen autores que afirman que el sector asegurador es, junto con arrendadoras y factoraje el más abierto a la inversión extranjera del sistema financiero mexicano (Gil, 1991.)

El cambio de modelo del Estado mexicano ha representado alguna ventaja como es la transformación de la iniciativa privada en actor social, ya que tradicionalmente actuaba a "puesta cerrada" con los representantes del gobierno. De ahí que resulte importante rescatar la autodefinición que el sector asegurador tiene a través de su propias declaraciones.

Según las compañías aseguradoras, este sector tiene por función básica la protección de los asegurados a través de la aceptación del riesgo de las cosas o los individuos, en ese sentido, considera que el respaldo que brinden las instituciones de seguros a través de sus reservas, así como de otras relaciones de carácter financiero, es esencial para la nación (Amis, 1992).

Considera también que la industria del seguro juega un papel importante dentro de la economía, en tanto se concibe como un instrumento de ahorro interno de largo plazo. Este ahorro ha de ser canalizado para el financiamiento del desarrollo económico. El ingreso proveniente de las primas representa la posibilidad de contar con reservas de carácter estable, crecientes y disponibles en el largo plazo.

A pesar del fortalecimiento que las modificaciones legales referidas con anterioridad han brindado al sector asegurador, éste las considera insuficientes para lograr su meta de crecimiento de llegar a representar el 2% del PIB, según acuerdo discrecional con el Presidente, por lo cual reclama, una serie de modificaciones legales más que permitan su expansión como sería el uso compulsivo de seguro automovilístico en tanto requisito para poder circular.

Al analizar el discurso del sector asegurador queda claro que la universalidad de la cobertura médica es considerada de manera secundaria frente a la lógica del rendimiento económico que el sistema impone.

Siendo que los seguros representan un sector significativo del mercado financiero se plantean como necesario el tener un crecimiento mayor que el del PIB. Para ello su actividad se ha venido centrando básicamente en la ampliación de su mercado. De esta manera tenemos que en los últimos años el índice de crecimiento de primas directas reales ha sido significativo, ya que de 1984 a 1991 tuvo un crecimiento del 57% mientras que el PIB en términos reales ha crecido en ese mismo lapso de tiempo en un 5%. No hay que olvidar que México logró controlar la inflación desde fines de los ochenta.

Si consideramos a las primas directas de los seguros como porcentaje del PIB, para el período 1984-1991 tenemos que han pasado de. 86% a representar el 1.32%. Nos interesa rescatar la alta proporcionalidad de crecimiento y subrayar que para ese mismo período de tiempo, los seguros correspondientes a accidentes y enfermedades representaron del PIB del 0.02 % en 1984 el. 11 en 1991. Desde el punto de vista de la importancia de este tipo de seguro respecto a los demás encontramos que el seguro de accidentes y enfermedades representaba en 1984 el 2.17% del total y para 1991 ascendió a 8.40%.

Ante la eventual firma del Tratado de Libre Comercio con los Estados Unidos y Canadá, la industria aseguradora mexicana se ha planteado reforzar y ajustar un gran numero de rubros de sus operaciones como son los relativos a la administración, los gastos de adquisición sobre primas directas, así como garantizar su solvencia (capacidad que tienen las aseguradoras para hacer frente a sus compromisos), su respaldo financiero, eficientar su capacidad de cobranza etc.

Sin embargo, destaca, el que se planteen como una tarea prioritaria el de promover el uso del seguro a través de campañas publicitarias informativas y de sensibilización con miras a combatir la falta de "cultura de seguro" que prevalece entre la clase media mexicana.

En relación a esto último, es interesante observar como un especialistas en la materia de seguros a nivel internacional (Love, S. 1992), resume el panorama nacional en relación al potencial asegurador como un país que cuenta con las condiciones necesarias para desarrollar un amplio mercado para seguros. Ello se debe a una desarrollo económico estable y con posibilidades de crecimiento, a un gobierno participe en el apoyo de la política de aseguradoras y a las condiciones de la población

en tanto es de carácter urbano y joven. A esto añade el hecho de que los cada vez más altos costos que están adquiriendo los sectores médicos privados, refuerzan la tendencia a que la única posibilidad de acceder a ellos será a través de la compra del seguro de gastos médicos.

Conclusiones

1. El uso indiscriminado del concepto de privatización cuando se hace referencia a procesos diversos ha generado una confusión conceptual entre lo público y lo privado y su papel en la actualidad.

2. Se considera más útil hablar de lógica privada y lógica pública que de mix público/privado para definir la diversidad de procesos que genéricamente se han denominado privatización de los servicios de salud.

3. Frente a la gama de oferta de servicios, el concepto articulación público/privada se basa en el papel de los usuarios en este proceso.

4. Existe un crecimiento de la industria aseguradora en México, Chile, Argentina y Brasil, siendo mucho mayor y más dinámico el de los primeros dos países.

5. Se registra un crecimiento sostenido de la industria aseguradora en México en los últimos años, dentro del cuál destaca el crecimiento del ramo de accidentes y enfermedades.

6. El crecimiento más importante del sector privado en la atención médica y la seguridad social en México se ha dado a través del crecimiento de la llamada industria aseguradora.

Reflexiones finales

Dado que en América Latina los procesos de privatización de los servicios de salud se dan en condiciones de una creciente desigualdad social y frente a una ciudadanía muy inmadura, y en algunos casos sumisa y en otros incompleta, dichos procesos apuntan hacia una cada vez mayor inequidad.

Los actores sociales que han venido participando en este proceso son fundamentalmente las diferentes fracciones de la clase dominante y han estado ausentes, por lo menos en México, los diferentes grupos de clases populares. Muy recientemente han empezado a participar las diferentes

organizaciones profesionales gremiales de la salud (asociaciones, colegios, academias etc).

En nuestro país la política de ajuste se tradujo en un grave deterioro de la calidad de los servicios de las instituciones públicas, reforzando la preferencia de amplios sectores de la población por la práctica médica privada, cuyo único límite fue hasta fines de la década de los ochenta, la capacidad económica, siendo este el espacio en el que los seguros médicos privados crecen y se desarrollan.

Dentro de este contexto se desdibuja el ámbito político que representaba la lucha colectiva por la salud y es progresivamente ocupado por una lucha estrictamente individual de ciudadanos que han carecido históricamente de una cultura de participación política.

Referências bibliográficas

AMIS, 1991. *Informe anual 1991*. México.

ACAM, AMASFAC SECTOR SEGUROS, 1991. *Posición del sector seguros ante las negociaciones del Tratado de Libre Comercio*. México, AMIS.

AMIS, 1992. *Panorama de la actividad aseguradora en México (1984-1991)* México.

AVILES TORRES, I. y E. CASTELLANO, H., 1991. Organización y funcionamiento de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. *Actualidad en Seguros y Fianzas*, nº 1 México, CNSF, pp. 5-17.

BARTHELEMY, D., DUBY, G., y De LA RONCIERE, Ch., 1990. *Historia de la vida privada; poder privado y poder público en la Europa feudal*. Tomo 3. Argentina, Taurus. pp. 19-44.

CASTORIADIS, C., 1988. *Los dominios del hombre: las encrucijadas del laberinto*. Barcelona, Gedisa, 1988. pp. 119-124.

DAHL, R. A., 1991. *Los dilemas de pluralismo democrático*. México, Alianza Editorial y Conaculta.

MÉXICO, 1992. *Diario Oficial De La Federación* del 24 de febrero, 27 y 29 de marzo, 4 de abril y 4 de mayo de 1992.

EIBENSCHUTZ, C., 1991. El nuevo Estado mexicano y el Sistema Nacional de Salud. Limitaciones para su consolidación. *Rev. Saude em Debate*, nº 32. Jun., pp. 33-38.

______., 1992. Modernización o privatización de la seguridad social? *Pagina Uno*, Supl., 5 enero, México.

FRENK, J., 1992. Integración de la prestación de los servicios de salud. Salud Pública Mexico; 34 (Supl.): 85-102.

GIL ANTON, J. I. y SOLÍS SOBERON, F., 1991. El Proceso de desregulación y apertura del sector asegurador mexicano. *Actualidad en Seguros y Fianzas*, No. 1, México, CNSF. pp. 27-36.

LAURELL, A. C., 1992. *El proceso de privatización en salud en México*. UAM-X. (mimeo)

LOVE, W. D., 1992. El tratado del libre comercio y sus repercusiones en la industria aseguradora. *Life Insurence Market Information and Reasearch Association*. México, Mayo 13, pp. 1-14. (mimeo)

RUIZ RAMIREZ, T., 1992. *La industria del seguro ante la integración económica*. México, 13 de mayo, pp. 1-19. (mimeo)

SOBERÓN, G. et al., 1989. Los hospitales de segundo nivel en el modelo de atneicón para la salud de la población abierta. *Salud Pública Mex*. 31:346-369.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1991. *Interregional meeting on the public/private mix in national health systems and the role of ministeries of health*. Report. Hacienda Cocoyoc, State of Morelos. Mexico, 22-26 july 1991, WHO/SHS/NHP/91.2 1.2.

YERO L., U. L., 1991. *Privatización en el sector salud en Venezuela*. Centro de Estudios de Desarrollo. CENDES-OPS, Venezuela, (mimeo)

Elementos para la Construccion de una Estrategia Frente al Proceso de Privatizacion de los Servicios de Salud en Venezuela

Jorge Díaz Polanco

Delimitacion conceptual. Supuestos basicos

Una de las características mas resaltantes y compartidas por la estructura de los servicios de salud en América Latina en la década de los años ochenta, ha sido la clara tendencia hacia la privatización, tendencia que se continúa en los noventa. Es éste un hecho que ha puesto de manifiesto en simposia, congresos y reuniones que, aún no tratando sobre este tema específicamente, han evidenciado dicha tendencia como un factor común en variadas sociedades latinoamericanas. El tema aparece hoy en las agendas políticas de casi todos los países de la región.

A fin de evitar ambigüedades en la interpretación de lo que queremos significar con privatización, valga la pena algunas aclaratorias de naturaleza teórico-conceptuales desde varios puntos de vista porque, a nuestro juicio, la privatización es un proceso sumamente complejo, sobre todo cuando se refiere a servicios públicos y a salud, específicamente. Esta aclaratoria conceptual es, al mismo tiempo metodológica, porque permite un recorte del proceso, diferenciándolo para poder estudiarlo en detalle.

Desde el punto de vista de la economía política, puede entenderse privatizar como un proceso mediante el cual un conjunto de relaciones de producción, controladas y dirigidas centralmente por el Estado, pasan a manos de particulares. Generalmente se explica este proceso de transferencia como la necesidad de lograr un aumento de la productividad y/o de la eficiencia. Dentro de las concepciones neoliberales — hoy en boga — acerca del funcionamiento de la economía, el proceso de privatización se considera el desideratum para cualquier saneamiento

de la economía.[1] Generalmente se encuentran tres vías para proceder a la privatización (Usis, 1990). La primera es la llamada "despropiación", es decir, la venta en diversas formas y modalidades, de las empresas en manos del Estado a particulares. Esta modalidad puede darse individual o colectivamente. La segunda en la conocida como "concesión" o la cesión de los derechos de explotación de un proceso productivo, a particulares. Generalmente esta modalidad se lleva a cabo mediante contrataciones con compañías privadas, en ocasiones especialmente creadas para suplir dichas demandas. El Estado se limita en ambas modalidades descritas, a supervisar la legalidad de los procedimientos y el cumplimiento de normas mínimas de calidad en la producción de bienes y servicios, según sea el caso. La tercera, en la cual el Estado no pierde su papel centralizante, es la de proveer a determinados núcleos de población de bonos o documentos especiales que acreditan a sus poseedores para reclamar servicios y bienes en forma gratuita para ellos y a un determinado costo negociado para el Estado.

Estas modalidades de privatización, como puede observase en su enumeración misma, no son excluyentes. Pueden aplicarse simultáneamente o en combinación, dependiendo de los términos de la contratación, de los niveles de necesidad y de la forma y capacidad de financiamiento. Lo que se quiere significar, en realidad, es que están dirigidas a diversos estratos de la población. Cada una de ellas tiene "poblaciones objetivo" diferentes. En el campo de lo social y de la prestación de servicios, se reconoce la desigualdad social y económica existente, sobre todo cuando ellas entran a formar parte de un cuerpo más abarcante que intenta dar respuesta a esas necesidades, conocido como "políticas sociales." Pareciera aquí replantearse la vieja polémica sostenida por los teóricos progresistas de la sociología de la salud, según la cual la prestación de servicios de salud circularía en la sociedad "como si fuera una mercancía", es decir, gozando de las mismas características de aquellos objetos, en lo que se refiere a su cualidad de ser producto de un proceso productivo en el cual se ha generado un plusvalor, plusvalor que es la garantía de su valor y de su intercambiabilidad.[2] Ya Katz y otros (Katz, J. y Muñoz, L., 1988) han llevado al plano empírico el estudio de la estructuración y funcionamiento

1 Véase, entre otros documentos la carta de intención firmada entre el gobierno venezolano y el FMI.

2 Véase, entre otros, Pollack, Jean Claude: *La Medicina del Capital*, Editorial Fundamentos, Madrid, 1978.

del mercado de los servicios de salud en sus diversas interconexiones. El problema aquí, podría ser de naturaleza diferente, aún cuando no pueden dejar de tenerse en cuenta aquellos hallazgos y evidencias empíricas. Creo que se trata del complejo mecanismo mediante el cual un proceso de trabajo no productivo, deja de serlo o, en otras palabras, del cuestionamiento, en la época de la preeminencia del capital financiero, del concepto marxista de trabajo improductivo. Se trata de la conversión de esferas consideradas como improductivas en regiones de acumulación, merced a su inserción en la misma lógica de la explotación del trabajo productivo.

Otra perspectiva importante la encontramos en los planos histórico, filosófico y jurídico del asunto. La separación de lo público y lo privado, las normas jurídicas que la consagran y la naturaleza de las relaciones Estado-Sociedad Civil. Bien sea que se entienda a la manera aristotélica el carácter "natural" del Estado, bien sea que se lo conciba a la manera de Rousseau, el papel que el mismo ha venido desempeñando en el desarrollo y estructuración de las sociedades humanas, es central. Podría llegar a afirmarse que la historia reciente de las sociedades, puede entenderse a través de las diferentes modalidades que la relación Estado-Sociedad Civil ha ido adoptando, por supuesto que dentro de los límites específicos establecidos por los procesos socio-culturales que fueron conformando las sociedades nacionales.

En efecto, la modalidad según la cual la intervención del Estado ha sido teórica y políticamente concebida, ha generado reacciones de diversa índole en las sociedades. Las doctrinas económicas y filosóficas según las cuales el Estado aparece como el benefactor de las grandes mayorías o como el intruso indeseado, parecieran ser hoy día de más actualidad que nunca. En el plano de las contiendas políticas se han producido cambios significativos en las posiciones de algunos importantes teóricos de las ciencias sociales y políticas quienes afirmaban en América Latina la necesidad de sociedades organizadas en forma diferente al capitalismo hasta entonces conocido, hacia la convicción de que las sociedades libres sólo lo serán en la medida en la cual se redefina el rol del Estado y se privilegie el juego de los intereses privados representado por las organizaciones sociales no estatales. Demás está decir que esos cambios coexisten con las posiciones originales generando lo que se ha denominado "la crisis de los paradigmas". De aquellas convicciones, que parecieran servir crecientemente de fundamentación a las acciones políticas de los gobiernos latinoamericanos (es decir, compitiendo por convertirse en concepciones dominantes) a la privatización de lo público, sólo hay un paso.

Del rescate de la sociedad civil a la privatizacion

¿Cuál es el proceso mediante el cual luchas sociales, reivindicaciones de la sociedad civil, se convierten en la preeminencia de lo privado sobre lo público? Varias son las premisas de las cuales se arranca para llegar a esta pregunta. La primera de ellas (más que una premisa, una suerte de pre-juicio) es la de que el intervencionismo del Estado en todo lo que tiene que ver con la dinámica social y económica, es la causa de todos los males que padecemos y, por supuesto, del estancamiento económico y del subdesarrollo. Esta "premisa" está, a su vez, conectada indisolublemente con otras. Al señalar el intervencionismo del Estado se enfatiza en materia económica. Intervención del Estado, pues, no se refiere necesariamente al control de todas las actividades privadas, sino sólo a aquellas que afectan y alteran el libre juego de la oferta y la demanda y, por ende, a las que regulan las relaciones capital-trabajo.

En consecuencia, la segunda premisa se refiere a la actualización de las doctrinas económicas clásicas para interpretar las realidades latinoamericanas. Bien sea que ellas sean concebidas como "únicas salidas" frente al estancamiento económico, bien sea que se las entienda en el plano estratégico como "exacerbadoras" de las contradicciones sociales históricamente no resueltas en los países latinoamericanos, la resultante es la misma: la oficialización de la retracción del Estado. En algunos países como Venezuela, por ejemplo, se ha creado una "Comisión para la Reforma del Estado" (COPRE) que intenta decir cómo es que tendrían que relacionarse de ahora en adelante el Estado y la sociedad civil.

La otra premisa es la subsunción de las formas de relación social a las formas de relación económica. Los supuestos del desarrollismo siguen siendo válidos. No hay una crítica redefinitoria del "modelo de desarrollo". El subdesarrollo es entendido como un círculo vicioso que debe ser roto con el crecimiento de la economía que asegura más pan, mejor salud y empleo para todos.[3] Es esta una subsunción que tiene la atractiva virtud de dar una ubicación de la potencialidad creadora del individuo dentro

3 En una reunión efectuada en 1987, durante la discusión del VII Plan de la Nación, un economista venezolano planteaba las tres prioridades de le economía venezolana: crecer, crecer y crecer. Por otra parte, los creadores y defensores del Sistema Nacional de Salud (SNS, de aquí en adelante) cuando defienden públicamente el único logro hasta el momento (La Ley Orgánica del SNS), justifican su existencia con el famoso "círculo vicioso del subdesarrollo" tan preconizado por Barré en la década de los sesenta.

de la sociedad. El individuo ha vuelto a ser "liberado" de sus tradicionales ataduras. Ya el Estado no es capaz de responder por su bienestar.

Pero al lado de la privatización de lo público, existe una estatización de lo privado (Bobbio, N., 1987). Creemos que es este paradójico proceso lo que permite separar los hechos económicos de los políticos en la estructuración de sociedades sobre la base de doctrinas económicas neoliberales. En efecto, el papel controlador del Estado no debe debilitarse por el proceso de cesión de la economía. Su rol, en materia de invasión de la privacidad, queda definido al actuar como supervisor de las normas legales sobre las cuales se basa el funcionamiento del sistema. Una vez estructurado ese cuerpo normativo, debe repeler toda transgresión y, por tanto, ejercer una estrecha vigilancia para garantizar el funcionamiento de las normas básicas.

De allí que dictadura y liberalización de la economía, sean procesos que pueden echarse a andar sin presentar necesariamente contradicciones entre sí cuando se considera este problema en las asi llamadas sociedades subdesarrolladas, es decir, aquellas que, desde el punto de vista de los países más avanzados dentro de la esfera del capitalismo, no han alcanzado el completo desarrollo de un amplio mercado interno, no han logrado iniciar la etapa de "despegue" de sus economías. Por supuesto que el problema de la articulación de las sociedades periféricas y las centrales, queda deliberadamente excluído de esta perspectiva. Es decir, deben entenderse dichas articulaciones, con la misma lógica de las relaciones económicas de las sociedades nacionales pues el escenario económico y socio-político internacional desde ese punto de vista, no es otra cosa que una sumatoria.

Estas premisas y estos postulados, mediante los cuales se identifica un "nuevo modelo de desarrollo", no diferencian entre el desarrollo autónomo de la sociedad civil — la adquisición de una conciencia en función de la defensa de los intereses ciudadanos — y la privatización. El desarrollo de la sociedad civil se da como consecuencia de un proceso histórico-cultural concreto en las sociedades latinoamericanas; la privatización es el producto de una decisión política de alto nivel, que involucra negociaciones y transacciones entre los diferentes intereses que se articulan en torno a determinados procesos productivos. Por esta suerte de mecanismo analógico se llega entonces a la conclusión de que la fuerza de la sociedad civil se encuentra en el fortalecimiento de los vínculos económicos articuladores de intereses. La sociedad civil se entiende, en este contexto, como un "todo homogéneo" al interior del cual no existen diferencias de clase.

En este sentido, privatizar quiere decir, al mismo tiempo, el cese del apoyo oficial para favorecer determinados procesos de acumulación, y "medidas de ajuste", de manera de minimizar los "costos sociales" que la puesta en marcha de la libre competencia genera, en virtud de la profundización de las diferencias sociales. Las fuerzas del mercado se encuentran ahora liberadas, de manera que la tasa de ganancia resultaría de la competencia y la competitividad, condición ésta que, a su vez, debría generar bienestar social general por la vía de la remuneración justa al trabajo productivo.

Puede ahora el Estado ocuparse de lo que realmente le interesa: el ejercicio de mecanismos de control social y político. Por eso la "política social" del neoliberalismo tiene el sello de lo inevitable: está dirigida a las grupos más desposeídos, en el reconocimiento de que tales diferencias, son naturales e difíciles de superar y, además puede incluir un mea culpa, en el sentido de aceptar que ellas son producto del desarrollo mal entendido, con un Estado intervencionista que pasa a ser el responsable de todo lo malo. En resumen, no son las diferencias de clase, propias de la explotación de unos grupos sobre otros, las responsables de la pobreza y la miseria, sino un modelo ineficiente de gestión que será ahora superado merced a la conquista de la real y verdadera libertad: el libre juego de la oferta y la demanda.

Privatizacion y crecimiento del sector privado

Otro de los problemas conceptuales que se relacionan con esta discusión es el referente, otra vez, a la especificidad del proceso de privatización de los servicios de salud. Privatizar, es decir la invasión de lo público por lo privado delimita, cuando este proceso se refiere a la sociedad global, un determinado tipo de acción: aquella mediante la cual las relaciones de propiedad, control o usufructo — o todas ellas según sea la modalidad de convenio — pasan a manos de entidades jurídicas de naturaleza privada o a personas naturales. Por esa vía quedarían excluídos de esta consideración los procesos de crecimiento de lo privado preexistente a una determinada decisión de privatizar. Esa distinción es válida cuando se refiere a procesos que involucran relaciones estrictamente económicas en las cuales la transacción, o media sobre cosas, o cosifica aquellas relaciones objeto de la privatización. Un buen ejemplo de cosificación puede encontrarse en las garantías que, tanto el empresariado privado como los sindicatos, ofrecen a los trabajadores que temen por su despido cuando

tiene lugar un proceso de privatización en el sector de las empresas del Estado. A pesar que las variantes que pueden darse son muchas, valga la pena referirse a la propiedad accionaria como opción en la cual, mediante la concurrencia al mercado de valores, se tiene acceso a la propiedad colectiva de una empresa.

La posibilidad de negociación de valores del servicio de salud no existe, porque éstos sólo pueden garantizar la propiedad colectiva mediante el control estatal y entendiendo su función mediante la figura de la redistribución del ingreso, ya que en muchos de nuestros países está constitucionalmente establecida la universalidad del acceso a los servicios. La existencia de un mínimo de libertades públicas al lado de profundas desigualdades sociales amerita la invocación a un conjunto de valores éticos, de restricciones de tipo ideológico, que estarían impidiendo en la conciencia colectiva, la aceptación de que la salud pueda negociarse en el mercado como cualquier objeto. Tanto a nivel del discurso oficial como de la estructura legal, la prestación de servicios de salud continúa siendo un problema de Estado. Por esta misma razón el crecimiento de lo privado en salud, en servicios de salud, experimentado en los países latinoamericanos en el contexto de la situación de crisis, debe entenderse en forma diferente de la privatización del servicio público porque, formando parte del mismo proceso y articulándose estructuralmente a él, no obedece a una decisión política expresa, sino a la tendencia que siga el libre juego de la oferta y la demanda. La privatización entendida como la invasión de lo público por la lógica de lo privado mediante una decisión política, expresa o no, constituye así, una legitimación del crecimiento del sector privado.

Mientras el crecimiento de lo privado obedece en parte a la invasión de lo privado por lo público mediante diferentes modalidades de transferencia de fondos, la privatización sigue el mismo rumbo y es el resultado, en el tiempo, de la asunción, por parte de los sectores involucrados, de que aquella transferencia debe darse abiertamente, otorgándole al sector privado, el control completo del proceso de prestación de servicios o, al menos, la parte más rentable del mismo.

Este aspecto nos remite al problema del financiamiento. Este es uno de los aspectos más abiertamente planteados por las "políticas sociales" del neolibelaismo y através del cual se puede entrever la visión de la "selección natural" impresa en tales políticas. La preocupación por los efectos de las medidas de ajuste se pone de manifiesto, no sólo como una pretendida búsqueda de justicia social, sino también como el necesario

control del conflicto social que estarían generando las crecientes inequidades.

El Banco Mundial afirma que una de las políticas más necesarias en este momento en lo que se refiere a las formas de financiamiento de la prestación de servicios es, entre otras, que el Estado reduzca costos mediante el financiamiento de aquellas actividades "sociales" como lo serían las acciones de salud pública que están destinadas a beneficiar a las mayorías mas necesitadas (alcantarillado, saneamiento del medio, vacunaciones, etc.) dejando en manos privadas la prestación de los servicios curativos, cuya accesibilidad para los sectores desposeídos, deberá ser controlada mediante la comprobación certera de la pobreza.[4] Permítasenos invocar el caso venezolano, para el cual esta proposición surgió en una reunión efectuada entre Fedecamaras y los funcionarios del gobierno de turno, en la sede de aquélla organización empresarial, en 1980 (Testa et al., 1983). Al respecto, señala el Banco Mundial:

> *"¿Cómo es posible proteger a los pobres? Los aranceles más bajos o la ausencia de ellos en las clínicas ubicadas en los barrios más modestos de las ciudades y en las zonas rurales constituyen un paso simple y práctico que combinados con aranceles más altos para la atención hospitalaria, no sólo protegerá a los pobres, sino que también mejorará la adjudicación de los gastos gubernamentales actuales...Otra opción es la emisión de comprobantes de pobreza para las familias con menos recursos...En un sistema de referencia que funciones apropiadamente (en el cual los pacientes ingresen al sistema por la instalación de nivel inferior y bajo costo y sólo se les refiera a una superior si no es posible tratarlos allí), también protege a los pobres un sistema de aranceles bajos o, inclusive, de cero arancel en el nivel más bajo y de referencias sin costo adicional..."*[5]

Al lado de otras medidas de ya vieja aplicación en muchos países (como el cobro socialmente diferencial de aranceles y la expansión limitada de los seguros privados como forma de financiamiento de la prestación de servicios para las capas medias de la población), aparece también la descentralización de los servicios. Señala el Banco Mundial:

---

4 Véase al respecto: El Financiamiento de los Servicios de Salud en los Países en Desarrollo. Una Agenda para la Reforma, en: *Economía de la Salud. Perspectivas para América Latina.* OPS/OMS. Publicación Científica Nº 517. Washington, D.C., 1989.

5 OPS/OMS. *op. cit.* pág. 151.

"La Descentralización es apropiada, principalmente, para servicios provistos directamente al público en instalaciones que se encuentran dispersas, cuando existen aranceles por medicamentos y atención curativa. Tiene menos sentido en el caso de bienes públicos financiados por medio de impuestos, como las vacunaciones y el control de las enfermedades provocadas por vectores. Para estos programas resulta más lógica una administración centralizada..." [6]

Obsérvese cómo las formas de organización y gestión coinciden con la división público-privado en la prestación de servicios de salud fundamentadas aquellas en la necesidad de reducir costos, aumentar la eficiencia y proteger a los pobres.[7]

Dentro de los límites establecidos por los regímenes políticos actuales y de las líneas continentales de política económica y en ausencia de un proyecto político alterno de transformación radical de las estructuras sociales, a cualquier gobierno en América Latina le resulta difícil y hasta peligroso asumir explícitamente la privatización de los servicios de salud como una política social, ya que ésta legitima las diferencias sociales y, al propio tiempo, en virtud de la ideología igualitaria de ciertos regímenes políticos, pone en discusión la legitimidad del Estado, al consagrar su papel como salvaguarda de los pobres y marginados.

No es entonces aceptable la negociación librecambista de la salud. No hay privatización en el sentido de negociar la cesión o la "despropiación". ¿A qué queda entonces reducido este proceso? A nuestro juicio, se presentarían dos caminos aceptables. El primero se basa en la definición que se ha dado de la "muerte" de los servicios de salud, por la ineficiencia de su administración y la corrupción generalizada. La respuesta lógica es la necesidad de "gerenciar" mucho más eficientemente que hasta ahora la prestación de estos servicios para la población. Hay ya en Venezuela institutos privados de educación superior que forman "gerentes médicos".[8] Algunos de estos modelos están diseñados en forma verdadera-

---

6 OPS/OMS. *op. cit.* pág. 154.

7 Acerca de las dificultades para el acceso de menesterosos a servicios de alta complejidad, Mario Testa ha acuñado la expresión de "atención primitiva" parafraseando la atención primaria, en relación con el carácter sancionador de las diferencias sociales que establecería un rígido sistema de referencias. Véase Testa, M.: Extensión de Cobertura con Atención médica Primaria, en: *La Salud en América Latina*, Fondo de Cultura Económica. México, 1984.

8 Se pueden citar, entre otros, los cursos de Maestría impartidos por el Instituto de Estudios Superiores de Administración (IESA) amén e numerosas y variadas iniciativas de investigación de carácter privado que efectúan asesorías para los organismos de salud.

mente innovadora; experiencias en pleno desarrollo ponen de manifiesto una suerte de participación democrática de los actores principales en la solución de sus propios problemas, alejando así el temor por la intervención externa y la sanción y propiciando el surgimiento de un modelo autónomo.[9] Esta modalidad es eminentemente ideológica y se relaciona de cerca con lo que señalábamos más arriba acerca de la cesión como modalidad de acción. Pero es un tipo muy especial de cesión. No se trata de la explotación de la prestación de servicios, sino de la venta de la convicción de que los problemas de la asistencia a la salud pueden ser resueltos dentro de las limitaciones objetivas en que ésta funciona.

La otra modalidad, se refiere a los mecanismos variados mediante los cuales se ceden fondos por la vía de la subcontratación de servicios múltiples. Al final de este proceso nos encontraríamos realmente con un centro cuya caracterización jurídica es bastante confusa dada la pluralidad de agencias diferentes que estarían interviniendo en su gestión y que, en fin de cuentas, relega al Estado a subsidiar a los clientes de tal organización.

El espacio de la gerencia es, a nuestro juicio, aquel en el cual se comprende la articulación de la privatización con el crecimiento de lo privado en salud. Es por esta razón que en el caso de salud, aunque conceptual y metodológicamente diferenciados, no puede hablarse de privatización sin comprender su vínculo con los procesos de crecimiento de lo privado.

Una estrategia frente a la privatizacion

Condiciones generales

Desde 1988 en Venezuela se habla abiertamente del desempleo médico y, en algunos casos, se llega a plantear el impacto de ese proceso como "proletarización" en el sentido de la pérdida del estilo de vida médico, uno de los más altos, al igual que en otros países. El desempleo y subempleo profesionales han llegado a alcanzar cifras asombrosas. Según los últimos datos de la Federación Médica Venezolana, éste alcanza alrede-

---

9 Recientemente en une reunión efectuada en el Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales (ILDIS), en Caracas, acerca del futuro de la salud en Venezuela, el Dr. Pablo Pulido, Director del Centro Médico Docente la Trinidad, presentó la experiencia de autodiagnóstico y autogestión llevada acabo en el Hospital de Niños J. M. de Los Ríos.

dor del 20 % del total de profesionales de la medicina.[10] Al lado de esto, la mayor cantidad de plazas están ocupadas por especialistas, dejando poco espacio para el ejercicio de la medicina general. En países como el nuestro, el desarrollo de la formación de médicos en Medicina Familiar, ha tenido el sentido estratégico de ocupar el espacio de la medicina general, organizando unos pensa que refuerzan las "clínicas madres" y añaden un toque de psiquiatría, psicología y ciencias de la conducta.[11] Frente a ello, no existe una definición de política en términos de organización del sistema de salud que permita la entrada y supuesta hegemonía de los nuevos especialistas en la gestión del sistema de prestación de servicios. Debe tenerse en cuenta que, hipotéticamente, la mayoría de los desempleados pertenecen a las nuevas generaciones de médicos, de manera que al interior de la profesión (gremio), se debe plantear una fuerte competencia por los puestos disponibles para nuevos especialistas, tanto a nivel de su formación en los servicios, como en el ámbito académico de la formación de postgrado.

La prestación de servicios, su financiamiento y organización — incluída la formación de recursos humanos — ha pasado a ser, en virtud de las leyes de Descentralización y Regionalización, prerrogativa de los estados. Por otra parte, el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) ha dejado de ser dispensador de servicios y va a financiar a sus afiliados vía contratación de seguros que se asume serán de naturaleza privada. Estos hechos ayudan a ver la tendencia a privatizar servicios de salud que antes se encontraban en manos del Estado.

Otra cosa diferente es la constituída por el crecimiento del sector privado. Tradicionalmente ha existido en el país un sector médico privado que experimentó un crecimiento seguro pero moderado hasta finales de los años 80. A partir de ese momento, medido por el número de camas de hospitalización, este sector ha crecido a una tasa mayor. el siguiente cuadro pone de manifiesto lo que queremos señalar.

10 De un total de algo más de 43.000 profesionales de la Medicina, alrededor de 10.000 se encontraban desempleados y dos tercios de ellos en labores distintas y al ejercicio de la Medicina. Fuente: Censo de Médicos de la Federación Médica Venezolana, 1989.

11 El desarrollo de dicha "especialidad" en Venezuela ha sido limitado hasta ahora. Las razones para ello pueden quizá encontrarse en la resistencia de otras especialidades médicas que, como la medicina interna, he venido desempeñando el papel de atención médica de primera línea. Desde el ámbito académico, muchos Decanos y Directores de Escuelas de Medicina piensan que aceptar la especialidad sobre la generalidad orientada al reforzamiento del pregrado, sería aceptar el fracaso de éste.

CUADRO Nº 1

CAMAS DE HOSPITALIZACION SEGUN DEPENDENCIA.
VENEZUELA, 1972–1981, 1983, 1984, 1985 y 1993.
Porcentajes sobre el total de camas

	Dependencia		Variaciones	
AÑOS	**Publ.**	**Priv.**	**Publ.**	**Priv.**
1972	84,7	15,3	0,0	0,0
1973	84,7	15,3	0,0	0,0
1974	84,5	15,5	-0,2	0,2
1975	83,3	16,7	1,2	1,2
1976	83,3	16,7	0,0	0,0
1977	77,7	21,3	-5,6	4,6
1978	78,4	21,5	0,7	0,2
1979	77,2	21,3	-1,2	-0,2
1980	76,6	23,4	-0,6	2,1
1981	76,2	23,4	-0,4	0,0
1983	76,6	23,4	0,4	0,0
1984*	77,2	22,8	1,0	-0,6
1985	77,2	22,8	0,0	0,0
1986	76,9	23,1	-0,3	0,3
1993	70,9	29,1	-6,0	6,0

Fuente: Anuarios de Epidemiología y Estadística Vital. MSAS. Censo de Establecimientos de Salud. MSAS. Oficina Sectorial de Planificación y Presupuesto. Caracas, 1988.* De 1984 en adelante son estimaciones en base a los promedios de crecimiento interanual y en el supuesto de mantenerse el actual poder financiero del subsector público

El siguiente cuadro (Nº 2) muestra este mismo proceso en relación al número de hospitales públicos y privados

CUADRO Nº 2

NUMERO DE HOSPITALES SEGUN DEPENDENCIA
Venezuela, 1984, 1985 y 1986

Años	**N**	**%**	**N**	**%**	**Total**
1984	229	42,9	305	57,1	534
1985	229	42,9	305	57,1	534
1986	230	42,5	311	57,5	541

Fuente: MSAS. Oficina Sectorial de Planificación y Presupuesto. Caracas, 1988.

Otro indicador lo constituye la evolución reciente de la seguridad privada, medida en cotizaciones y pagos por concepto de primas. La seguridad privada, constituída en ramas de la actividad bancaria, ha logrado en Venezuela crecer muy rápidamente en los últimos diez años. El cuadro Nº 3 presenta los datos al respecto.

CUADRO Nº 3

SEGUROS DE HOSPITALIZACION, CIRUGIA Y MATERNIDAD: PRIMAS PRODUCIDAS E INDEMNIZACIONES PAGADAS.
Venezuela, 1974-1984 (miles de bolivares)

Años	Primas	Índice	Indemniz. pagadas	Índice
1974	57.280	100	37.119	100
1975	73.306	128	47.419	128
1976	97.093	170	64.160	173
1977	144.725	253	90.176	243
1978	206.530	360	33.169	359
1979	270.597	472	179.777	484
1980	365.686	638	250.226	674
1981	451.348	788	332.327	895
1982	605.323	1.057	447.439	1.205
1983	741.679	1.295	563.187	1.517
1984	865.992	1.512	685.639	1.847

Fuente: Actualización de la información Básica sobre Venezuela, su Problemática y sus Servicios de Salud OPS, Caracas, 1986.

El vínculo entre estos sectores del capital financiero ha sido tan importante, que ya existe en Venezuela casi un sistema médico "privado paralelo", es decir, grupos que emiten pólizas de seguro, prestan servicios de salud y financian todo el proceso de comienzo a fin. Este desarrollo ha sido posible por el alza incontrolada de los precios, producto de la incorporación indiscriminada de nuevas tecnologías de alto costo.

Debe quedar claro, una vez más, que no nos estamos refiriendo acá al proceso histórico de crecimiento del sector privado de servicios de salud, sino a aquel otro que consciente y deliberadamente ocurre cuando se produce la cesión de los servicios del sector público —total o parcialmente — al sector privado. No dudamos que el sector privado pueda tener intereses en ese proceso, pero "lo privado" en el campo de los servicios de salud presenta hoy día una extensa variedad de formas organizativas que van desde la "práctica artesanal de la profesión médica", hasta los "com-

plejos médico industriales", de manera que es, cuando menos simplista, referirse a lo privado en este terreno como a un sector homogéneo. Su heterogeneidad es manifiesta, más allá de sus formas organizativas, abarcando variedad de intereses y formas de articulación. Estas constituyen, desde luego, supuestos sobre los cuales construímos nuestras proposiciones. Lamentablemente no existen datos confiables acerca de este sector de los servicios, ni investigaciones que den cuenta de ello. Uno de los propósitos de este trabajo es llamar la atención sobre la necesidad de que ello sea sistemáticamente explorado.

Como asumimos al comienzo, la privatización está en marcha. No tiene la transparencia del mismo proceso en otras esferas sociales y económicas, pero se ha venido produciendo en forma lenta desde hace más de diez años. Las decisiones no aparecen en forma definida, pero se toman, mediante la forma de pactos entre grupos de intereses, apuntando en dirección de la privatización.

Si bien es cierto que el crecimiento del sector privado puede apreciarse parcialmente a través de los indicadores anteriormente mencionados, la ya mencionada poca transparencia de las decisiones sobre privatización conduce a la necesidad de realizar esfuerzos especiales para develar cómo está ocurriendo el proceso y a qué sectores afecta con mayor fuerza.

Elementos para el diseño de la estrategia

Sobre estos supuestos trataremos ahora el tema que nos ocupa que es el de las opciones de respuesta frente al proceso de privatización de los servicios de salud, en el entendido de que ello representa para la población costos crecientes y disminución sensible del acceso. Un supuesto no hecho explícito anteriormente, pero que subyace a la presente proposición es el de que la tendencia a la privatización es un proceso que contribuirá a acentuar la "selección natural" dentro del modelo neoliberal de desarrollo, de manera que las condiciones de vida y la sobrevivencia de los sectores populares, se encuentran seriamente comprometidas. Frente a ello, los proyectos políticos existentes no parecieran ofrecer opciones viables. Por una parte, la incertidumbre acerca del futuro del sistema político, sacudido ya por dos intentos de golpe de Estado, la incapacidad manifiesta de dicho sistema político de elaborar respuestas eficientes y el escaso impacto político de los movimientos sociales hasta ahora, parecieran remitir a la construcción de una alternativa en el seno de los poderes locales y a su

futuro, pero ello requiere de tiempo, tiempo que no pareciera estar disponible para salvar la democracia venezolana.

Esta proposición se fundamenta en varios hechos: uno, que existe un "proletariado médico"; dos, que la población encuentra cada vez mayores dificultades para acceder a los servicios; tres la voluntad manifiesta de desprestigiar los servicios públicos y de favorecer la entrega de ellos a manos privadas, sin una clara concepción política del proceso.

Sin realizar un estudio sistemático al respecto, se puede, tentativamente, identificar al menos tres formas básicas de organización del sector privado. La primera, compuesta por lo que consideramos cercano al complejo médico-industrial y en la cual se encuentran comprometidas fracciones de capital financiero de cierta importancia. Clínicas en manos de compañías, en las cuales los médicos, al menos la mayoría de ellos, han sido contratados como asalariados. Una segunda, compuesta por las "Clínicas" en manos de compañías anónimas de médicos que aún conservan control sobre la propiedad y, por último, el conjunto, heterogéneo en sí mismo, que hemos denominado artesanal y que abarca todas las formas de práctica individual o en pequeños grupos. Puede identificarse aún una cuarta forma. La existencia de un sector "informal" dentro de la prestación de servicios, fundamentalmente urbano, que ha crecido al amparo del desgobierno y la corrupción de los últimos años, que establece ciertos vínculos con la población, de calidad no conocida y potencialmente empleadora de fuerza de trabajo que no encuentra ubicación en el sector formal de los servicios de salud. Desde luego que esta "tipología" es una suposición elaborada en base a observaciones empíricas, pues no existe un registro sistemático que permita identificar toda la variedad de formas organizativas de lo privado en servicios de salud. Una correcta definición de estas opciones debería basarse en un estudio sistemático al respecto. En este momento estamos tomando algunas iniciativas en ese sentido y se discute desde la opción de un censo, hasta el estudio de casos especialmente seleccionados por su representatividad.

Una vez establecida en forma más precisa esta clasificación de los servicios privados de salud y en base a los supuestos arriba asumidos, se trata de negociar con los grupos interesados (gremios, comunidades, sindicatos), cuáles de esas formas deben priorizarse, en el sentido de lograr de instancias estadales, los incentivos necesarios para su funcionamiento, equipamiento y mantenimiento. Ello deberá definir un nuevo espacio de negociación: el de las formas de financiamiento. La remuneración por servicios ha probado en otros países ineficiente desde el punto de vista de

los usuarios, aunque lo sea desde el punto de vista de los prestatarios. En el caso de los EUA, este sistema ha sido responsable parcialmente de los aumentos de costos que hoy resultan en la baja cobertura de la población asegurada en forma privada, y en costos crecientes que se han convertido en un cuello de botella para el sistema de salud de ése país (Terris, M., 1992). De manera que se trata de encontrar un mecanismo tipo propiedad colectiva, en el cual las comunidades sean servidas, financien en sistema y, en consecuencia, controlen la calidad.

Se trata, pues, de derrotar la política de privatización que tiende a favorecer la acumulación de capital en los sectores dominantes de la sociedad y, mediante un pacto social en torno a la salud, diseñar un sistema alterno, en el cual el centro del poder esté constituído por los demandantes de servicios, socialmente organizados. Creemos que es indiscutible la fuerza política de una estructura como la propuesta, en el sentido de que ella no se circunscribe estrictamente a la salud, sino que contribuye a introducir elementos de organización y movilización en las comunidades.

Desde el punto de vista de su viabilidad, los procesos de transferencia de poderes y de descentralización actualmente en marcha en Venezuela, al lado de la heterogeneidad política de los poderes locales producto de las elecciones municipales y de gobernadores de Diciembre de 1992, abren un cierto espacio para la discusión de una proposición como la presente. El problema de una opción como ésta, es la baja capacidad de compra de los sectores populares que han visto disminuido el salario básico por las últimas tasas de inflación y, por supuesto los niveles de desempleo. Si en ciertos estados se pudiese obtener un subsidio básico para dichas actividades y se tomase en cuenta los grupos de profesionales sub y desempleados que estarían dispuestos a reingresar en al ejercicio de las profesiones de salud, quizá ello ofrecería un panorama aproximado de las posibilidades de desarrollo de un Sistema Comunitario de Salud, fuera del control centralizado del Estado y dentro de la esfera de control político de la sociedad civil.

Conclusiones y perspectivas

El análisis y la proposición presentados, obedecen a la necesidad de razonar y crear sobre la marcha respuestas para enfrentar políticas que contribuyen a deteriorar aún más, la calidad de vida del venezolano y, muy especialmente, de los sectores más desasistidos. La carencia de respuestas

políticas originales y eficaces, el clima de deterioro generalizado, la pérdida de credibilidad del sistema político y la crisis de legitimidad del Estado, presentan un panorama poco alentador para el futuro previsible. El desarrollo y profundización del clima de violencia cotidiana y de la criminalidad organizada, han convertido a la venezolana, en una sociedad de alta peligrosidad y tremendos riesgos diarios para el trabajador y su familia.

No existe una política definida acerca de lo que va a ocurrir con los servicios de salud públicos de este país. Con respecto al sector privado, especialmente los grupos de mayor poder económico, queda claro que su crecimiento va a continuar. Se trata entonces de redefinir esa tendencia perversa mediante la cual, el fortalecimiento de la sociedad civil se ha ido transformando en la privatización de la cosa pública, especialmente visible en el caso de los servicios de salud. Dentro de la misma lógica y aprovechando los espacios abiertos por ella, lo que se propone intenta arrebatar de las manos del Estado y del gran capital financiero a los servicios de salud, de manera que, efectivamente, sea la propia sociedad civil organizada la que controle y dirija las prioridades que deben asignarse a las políticas de atención de la población.

Esta estrategia debe fundarse en estudios detallados sobre funcionamiento y estructura del sector privado, sobre acuerdos políticos entre grupos interesados y tener presente la fortaleza del enemigo a enfrentar. Asimismo, existen ciertas condiciones generales que favorecerían estos desarrollos y, al menos desde el punto de vista legal, no parecieran existir dificultades para echarla a andar. Si logra ponerse en marcha, ella constituiría una forma que estaría contribuyendo al desarrollo de los poderes locales y de la organización de la sociedad civil, como única forma previsible de evitar la disolución de la sociedad venezolana, de su sistema político y de sus formas de vida.

Referências bibliográficas

BOBBIO, N., 1987. *Estado, Política, Sociedad. Contribución a una Teoría General de la Política*. Madrid, Plaza y Janés.

CARRERA DAMAS, G., 1988. *La Necesaria Reforma Democrática del Estado*. Caracas, Editorial Grijalbo.

CENDES, 1990. Liberalismo Económico y Privatizaciones, *Cuadernos de Actualidad Internacional*. Nº 2, Caracas, Ediciones TRILCE.

CLAD, 1989. *Selección de Documentos Clave: Privatización. Evaluaciones Teóricas Recientes*. Caracas.

CORNIA, G.; JOLLY, R. y STEWART, F., 1987. *Ajuste con Rostro Humano. Protección de los Grupos Vulnerables y Promoción del Crecimiento*. Madrid, Siglo XXI Editores.

ESPAÑA, L. P., 1990. La Privatización de Estado: Entre el Pragmatismo y la Ideología, *Revista SIC*, Nº 528. Caracas, Septiembre-Octubre.

FEDECAMARAS, 1989. *La Privatización. Entorno, Peligros y Ventajas*. Documento para la adopción de una estrategia. Caracas. (mimeo)

GARCIA PELAYO, M., 1985. *Las Transformaciones del Estado Contemporáneo*. Madrid, Alianza Universidad.

HANKE, S., 1988. *Privatization and Development*. San Francisco, International Center for Economic Growth/ ICS Press.

KATZ, J. y MUÑOZ, A., 1988. *Organización del Sector Salud: Puja Distributiva y Equidad*. Buenos Aires, Bibliotecas Universitarias — Centro Editor de América Latina.

MATOS AZOCAR, L. R., 1990. Reflexiones en torno a la Privatización, *Revista SIC*. Nº 528. Caracas, Septiembre-Octubre.

MATOS A., L. R. y BRIZUELA, L. E., 1990. *Reflexiones Preliminares en torno a la Privatización*. Trabajo presentado en el curso de ampliación La Privatización en la Modernización de la Estructura Económica. Caracas. CENDES.

MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL, (MSAS) 1988. *Censo de Establecimientos* Hospitalarios. División de Planificación y Presupuesto. Caracas.

MUSGROVE, P. 1988. *Crisis Económica y Salud. La Experiencia de cinco países Latinoamericanos en los años ochenta*. Washington D.C., OPS/OMS.

NANKANI, H., 1988. Techniques of Privatization of State-Owned Enterprises. Volume II. Selected Country Case Studies. *Technical Paper number* 89. Washington D.C., The World Bank.

OPS/OMS, 1989, Economía de la Salud. *Publicación Científica* Nº 517. Washington D.C.

OPS/OMS, 1990. Las Condiciones de Salud en las Américas. *Publicación Científica* Nº 524. Washington D.C.

OPS, 1986. *Actualización de la Información Básica sobre Venezuela, su problemática y sus servicios de Salud.* Caracas. (mimeo)

PISANI, P. E., 1990. La Privatización desde la Perspectiva de la Reforma, *Revista SIC*. Nº 528. Caracas, Septiembre-Octubre.

PURROY, M. I., 1990. Privatizar para Rescatar al Estado, *Revista SIC*. Nº 528. Caracas, Septiembre-Octubre.

RODRIGUEZ, E., 1988. *Propuesta de Políticas Dirigidas a las Areas Marginales*. Caracas, ILDIS. Fundación Friedrich Ebert.

TERRIS, M., 1992. Recorte Presupuestario y Privatización. La Amenaza a la Salud, *Cuadernos Médico Sociales*. Asociación Médica de Rosario. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales (CESS). Nº 60, Rosario, República Argentina. pp. 49-58.

TESTA, M., DIAZ POLANCO, J.; VERA, S., GOLDFELD, R., 1983. *Estructura de Poder en el Sector Salud.* Caracas. CENDES.

TESTA, M., 1983. Extensión de Cobertura en Atención Médica Primaria, In: *La Salud en América Latina. Aspectos prioritarios de su Administración*. México, Fondo de Cultura Económica.

UTT, R. D., 1989. Privatización: Un Cambio en Favor del Crecimiento, *Perspectivas Económicas*. Nº 69, 1984/4. USIA. Washington D.C.

UZCATEGUI L., J. M., 1990. La Privatización en Venezuela. *Revista SIC*. Nº 528. Caracas.

VELASCO, M., 1990. Regímenes Políticos e Institucionalización de las Políticas Sociales. Caracas, CENDES. (mimeo)

VERNON, R., 1989. Aspectos Conceptuales de la Privatización. *Revista de la CEPAL*, nº 37. Chile.

VILLAREAL, R., 1988. *Mitos y Realidades de la Empresa Pública*. México, Editorial Diana.

WILSON, E. J. y GORDON, D. F., 1990. El Gran Alcance de las Reformas Económicas con Base en el Mercado, *Perspectivas Económicas*. 1990/1. USIS. Washington D.C.

ZULETA, G., 1987. *Criterios de Privatización de Empresas Públicas.* Universidad Simón Bolívar. Caracas.

PARTE III

Serviços de Saúde: Acesso, Processos, Avaliação, Aspectos Econômicos, Descrição de Caso

Universalidade da Atenção à Saúde: Acesso como Categoria de Análise

Ligia Giovanella e Sonia Fleury

Introdução

No Brasil a intensa luta social pelo direito à saúde, no contexto de democratização do país nos anos 80, levou à consagração da saúde, na Constituição Nacional de 1988, como direito universal, sendo dever do Estado garanti-lo.

Embora a concepção de saúde afirmada na Constituição considere o processo saúde/enfermidade nas suas determinações econômicas, sociais e políticas, o dever do Estado em relação à saúde tem sido traduzido pelos organismos governamentais como a necessidade de ampliação do acesso à atenção, provendo a um maior número de pessoas um leque maior e mais diversificado de ações e serviços de saúde.

A ampliação do acesso à atenção tem sido implementada através de uma série de mecanismos legais, institucionais e organizacionais, que buscam unificar e descentralizar a atenção à saúde, construindo o Sistema Único de Saúde.

Um dos primeiros princípios concretizados para ampliação do acesso foi a universalização da atenção, passando toda a população a ter direito ao acesso aos serviços de saúde previdenciários (próprios ou contratados), até então restrito aos contribuintes da Previdência Social.

A universalização alcançada, porém, tem sido caracterizada como excludente pois o movimento de inclusão de camadas populares não contribuintes da Previdência Social foi acompanhado por mecanismos de racionamento dos gastos, com conseqüente deterioração da atenção prestada, o que teria levado à auto-exclusão das camadas médias do sistema de atenção público, propiciada pela difusão de novos mecanismos de financiamento, os "planos de saúde privados" (Faveret & Oliveira, 1990).

Esta "re-segmentação" de clientelas numa retradução da "cidadania regulada" não pode, porém ser dissociada dos resultados, até o momento, da luta social pelo direito universal à saúde, nem das formas de proteção anteriormente institucionalizadas.

Entre os outros resultados deste processo, destaca-se uma profunda mudança produzida na organização do Sistema de Saúde especialmente referida à unificação e à descentralização, embora ainda não bem definida a distribuição de competências entre níveis de governo, persistindo uma problemática situação de distribuição de poder, reponsabilidades e recursos entre os níveis governamentais (federal, estadual e municipal). Mudança esta, em intensidade raramente alcançada, nos setores sociais em contextos democráticos na América Latina.

Essa trajetória de concretização da política de saúde é indicativa da centralidade que a categoria acesso adquire para análise das políticas de saúde no Brasil hoje.

No presente artigo, após um breve histórico da política de assistência à saúde e uma análise do atual sistema de atenção à saúde no Brasil, discutiremos os vários modelos teóricos que informam estudos sobre acesso aos serviços de saúde apresentando, ao final, um conjunto de observações sobre a dinâmica atual do setor saúde a partir da reorganização do acesso aos serviços e das novas modalidades de articulação dos interesses públicos e privados.

Caracterização da política de saúde

No Brasil a política de assistência à saúde esteve desde os anos 20 vinculada à Previdência Social, quando foram criadas Caixas de Aposentadorias e Pensões por empresa, sendo atribuição obrigatória destas instituições previdenciárias a prestação de serviços médicos. Por um processo de concentração e substituição, a partir do início dos anos 30, progressivamente, foram constituídos Institutos de Aposentadorias e Pensões por categorias profissionais. A responsabilidade pela assistência médica dos seus segurados e dependentes, permaneceu entre as atribuições destes institutos, se bem que, como função secundária e com restrições quanto à participação percentual de seus custos no conjunto dos gastos, embora tennha sido introduzida a participação do Estado no financiamento dos mesmos. O Ministério da Saúde ficou, desde suas origens, responsável pelas ações preventivas através das campanhas sanitárias, assumindo, na

área de assistência médica, apenas as funções de criação e manutenção de grandes hospitais para enfermidades crônicas.

A constituição da Política Social brasileira nestes moldes inscreveu-se num processo de obtenção de direitos sociais de caráter particularista: de cidadania regulada (Santos, 1979). Neste padrão os direitos sociais foram alcançados em função da categoria profissional, sendo a condição de cidadão subordinada à importância que cada ocupação adquire no mercado. A ponderação dessa importância e a conseqüente regulamentação da profissão correspondente foi efetuada pelo Estado, através da legislação trabalhista, sindical e previdenciária. Desse modo, constituíram-se direitos sociais estratificados e a carteira de trabalho tornou-se o certificado legal da cidadania.

Com o regime burocrático-autoritário implantado no país a partir de 64 a Previdência Social brasileira passou por importante reestruturação. Os institutos de previdência urbana foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social, num processo de centralização sob controle estatal que uniformizou benefícios e excluiu os trabalhadores da gestão. Ao mesmo tempo a cobertura previdenciária foi ampliada, com a regulamentação do Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural, incluindo os trabalhadores rurais no sistema previdenciário e, posteriormente, mediante contribuição individual os benefícios foram estendidos às empregadas domésticas e trabalhadores autônomos.

Com a extensão da cobertura previdenciária para grande parte de trabalhadores urbanos e seus dependentes, e para parcela da população rural, ao mesmo tempo ampliou-se o acesso à assistência médica da população brasileira.

Consolidou-se deste modo durante a década de 70, no Brasil, um modelo de assistência à saúde fundado em ações individuais médico-hospitalares, no privilegiamento da contratação do setor privado, através da assistência médica previdenciária e no descuramento das ações de saúde pública, registrando um padrão de intervenção estatal de caráter privativista e excludente. Privativista, por privilegiar a contratação, pelo Instituto Nacional de Previdência Social, do setor privado para a prestação de serviços médicos principalmente hospitalares, garantindo diretamente a expansão de empresas de serviços médicos e, indiretamente, a capitalização da indústria farmacêutica e de equipamentos médicos. Excludente, por guardar as características do modelo de seguro que condiciona o direito à assistência à contribuição prévia, excluindo do acesso milhões de brasileiros não vinculados ao mercado formal de trabalho, não contribuintes da Previdência So-

cial. Tal modelo resultou em grandes disparidades no acesso de diferentes grupos sociais às ações de saúde com a exclusão de importante parcela da população do acesso aos vários níveis de atenção.

Na década de 80 o contexto de grave crise econômica e do processo de democratização do país possibilitaram a discussão dos problemas a enfrentar na atenção à saúde, produzindo-se importantes modificações neste cenário. Foram identificados como problemas a desigualdade no acesso, a multiplicidade e descoordenação entre as instituições atuantes no setor, a desorganização da rede, a baixa resolutividade e produtividade dos recursos existentes, a falta de integralidade na atenção e a centralização do processo decisório (Gallo, Giovanella, Tavares, 1992).

Se por um lado a conjuntura de crise econômica neste período tornou as políticas governamentais permeáveis a mudanças de efeito racionalizador, por outro o processo de democratização colocava em cena novos atores sociais pressionando o Estado por políticas sociais mais eqüitativas.

Desde meados dos anos 70 gestou-se um movimento de redemocratização ao interior do setor saúde denominado Movimento Sanitário, que produziu propostas baseadas no entendimento da saúde enquanto direito social universal a ser garantido pelo Estado. Estas propostas foram entusiasticamente defendidas e tiveram sua consagração, em 1986, no relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde, conformando o projeto de Reforma Sanitária Brasileira que teve como eixos: a instituição da saúde como direito de cidadania e dever do Estado; a compreensão da determinação social do processo saúde enfermidade, através do conceito ampliado de saúde; e a reorganização do sistema de atenção com a criação do Sistema Único de Saúde.

Como veremos a seguir, para a consecução deste objetivo processou-se a reorganização do sistema de atenção através de diferentes medidas e mecanismos legais e organizacionais que buscaram a unificação — pela promoção da integração entre prestadores públicos e a prioridade de contratação destes prestadores pela Previdência Social —, a universalização de cobertura e a descentralização do sistema, com controle social.

O processo de integração dos serviços públicos teve início através de um programa de Ações Integradas de Saúde implementado a partir de 1983. Desenvolvido no interior da Previdência Social, a partir de uma ótica racionalizadora com vistas à contenção dos custos da assistência médica previdenciária, este programa modificou as diretrizes da política de saúde até então vigente. Ainda sem alterar a hegemonia do Instituto Na-

cional de Assistência Médica da Previdência Social no interior do setor, neste programa de integração foram privilegiadas a contratação do subsetor público para prestação de serviços de saúde, a integração interinstitucional através da formação de instâncias colegiadas e da programação/orçamentação conjunta, a desconcentração das ações de atenção à saúde para os níveis estadual e municipal, e legitimada, num contexto inicialmente autoritário e no seguinte período de transição democrática, a participação de entidades representativas da sociedade civil na formulação das políticas de saúde (Escorel & Giovanella, 1991).

Desde 1985, com o primeiro governo da transição democrática, importantes postos no interior dos Ministérios da Saúde e da Previdência Social foram assumidos por integrantes do "Movimento Sanitário" passando a integração e a descentralização a serem consideradas como diretrizes estratégicas para a constituição do Sistema Único de Saúde. Ocorreu, de fato, uma rápida expansão do programa de integração. Até 1987 foram conveniados 2.500 municípios, o que representava cerca de 70% da população do país, modificando-se o padrão de despesas da assistência médica previdenciária (Cordeiro, 1991). Os órgãos governamentais — enquanto prestadores — participaram em 1987 com 26,5% das despesas da Previdência Social com assistência médica, enquanto os prestadores privados contratados e conveniados participaram com 40,0%, diferentemente de 1981, quando a participação dos órgãos governamentais era de apenas 5,1% e o setor privado era responsável por 64,3% destas despesas (Cordeiro, 1991:106).

Este deslocamento de recursos da Previdência para o setor público propiciado pelo programa de integração levou à expansão quantitativa da produção de serviços públicos de saúde principalmente ambulatoriais, através da ampliação da capacidade instalada de unidades básicas de saúde, na primeira metade da década de 80 (Médici, 1990).

Em 1987, ainda por iniciativa da Previdência Social foi proposta a unificação dos sistemas de saúde, em nível estadual, com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde. Embora com transferência parcial de atribuições e mantidas relações conveniais entre os níveis governamentais, a estrutura de poder no interior do setor foi alterada pela mudança do papel institucional da assistência médica da Previdência Social. Suas representações estaduais passaram a ser subordinadas às Secretarias Estaduais de Saúde, iniciando-se um processo de descentralização das decisões e aprofundando a desconcentração das ações para os estados

e municípios, com a transferência da gestão das unidades próprias da Previdência Social.

Ponto alto do processo de democratização do país, foi promulgada em 1988 a nova Constituição Nacional que consagrou um conjunto de princípios do Movimento Sanitário. Inscrita na conceituação mais ampla da Seguridade Social, a saúde é afirmada enquanto direito social universal, cabendo ao Estado, dada sua determinação social, econômica e política, garanti-la mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de riscos aos agravos. Responsável pelo acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, institui-se o Sistema Único de Saúde, organizado segundo os princípios da descentralização, direção única em cada esfera de governo, integralidade da atenção e participação da comunidade.

Para regulamentar os dispositivos constitucionais foi promulgada em setembro de 1990 a Lei Orgânica da Saúde (lei 8.080) que dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde e as respectivas competências dos vários níveis de governo. Este arcabouço jurídico, porém, limitou-se ao sistema público de saúde (que passa a incluir também os hospitais contratados), não incluindo dispositivos reguladores do setor privado "moderno" (produtores de insumos, prestadores de assistência médica semi-autônomos não contratados pelo Estado) (Mendes, 1991:32).

Neste processo de reorganização do sistema, a atenção à saúde foi progressivamente universalizada.[1] Com a criação do Sistema Único de Saúde, toda a população, independentemente de vínculo previdenciário, formalmente passa a poder ser atendida pelos serviços de saúde do sistema público (serviços estatais e serviços privados contratados pela Previdência Social: lucrativos e filantrópicos).

Embora consagrado na Constituição Nacional o acesso universal e igualitário à atenção e regulamentado o Sistema Único de Saúde na Lei Orgânica, a questão do financiamento da área social não foi, até o momento, equacionada. Benefícios foram ampliados sem base de financiamento correspondente.

A busca de novas fontes de financiamento para além da contribuição sobre os salários foi problemática. A criação de tributos específicos para a área social foi questionada pelos empresários em longa disputa judicial,

---

1 A atenção foi universalizada inicialmente nas unidades próprias da Previdência Social, sendo estendida depois para as unidades conveniadas de caráter filantrópico e, finalmente em 1990, também para os serviços privados contratados pela Previdência Social.

permanecendo as contribuições sobre salários como a principal fonte de recursos da Seguridade Social num momento de grave recessão econômica, o que produziu diminuição do volume da receita e racionalização de gastos.

Assim, a universalização promovida tem sido caracterizada como excludente na medida em que a absorção de camadas populares não previdenciárias foi acompanhada por mecanismos de racionamento dos gastos que expulsaram do sistema segmentos sociais mais favorecidos em direção ao setor privado, ou seja, a universalização efetivou o direito social à saúde, segundo Faveret (1990), por torná-lo apto a atender os setores sociais de menor poder aquisitivo e não por incluir sob sua responsabilidade toda a população.

O acesso dos segmentos expulsos à atenção privada foi possibilitado pela expansão de mecanismos de financiamento através de: planos de saúde individualmente contratados, planos de seguro de grupo contratados pelas empresas para seus empregados e caixas próprias das empresas estatais. Neste processo, os planos de seguro de grupo com a participação financeira das empresas que pagam planos básicos para todos os seus empregados tem possibilitado o acesso, inclusive, de grupos populacionais de baixa renda a este subsistema privado, através de seus empregados menos qualificados.

Assim, paralelamente aos avanços legais na Constituição Federal e a criação do Sistema Único de Saúde, visando a universalização do direito à saúde, gestou-se na sociedade uma outra dinâmica que reciclou o modelo médico-assistencial privatista através de inovações financeiras viabilizadoras do acesso de importante parcela da população ao sistema privado de atenção (Mendes, 1991:33).

O sistema de atenção

Resultante desta dinâmica social conformou-se durante os anos 80 uma nova configuração do sistema de atenção à saúde, no Brasil, que Médici (1990:10-16) desenha e Mendes (1991) retraduz.

O sistema representado em forma piramidal é composto por três subsistemas com lógica de estruturação, clientelas, complexidade tecnológica e modos de financiamento diversos: o subsistema de alta tecnologia, o subsistema privado autônomo ou de assistência médico supletiva e o subsistema público.

Essa separação dos subsistemas é problemática à medida em que não é possível estabelecer-se uma hierarquia entre os mesmos, e por apresentarem complexas interrelações entre si, tanto em relação às clientelas, como quanto às formas de financiamento. Assim o sistema de alta tecnologia é composto por serviços públicos e privados, e os planos de saúde não cobrem patologias crônicas e epidêmicas e dispõem de poucos serviços de emergência complexos, serviços esses prestados pelo sistema público. Além disso, a dedução de despesas médicas do imposto de renda pelas pessoas físicas representa uma forma de subsídio público ao financiamento da atenção privada.

No topo da pirâmide situa-se o "novo mix público-privado" (Médici, 1990), ou subsistema de alta tecnologia (Mendes, 1991). Dirigido a um mercado seleto de indivíduos que podem pagar por serviços de alto custo, o subsistema de alta tecnologia abarca pequena parcela da população de maior renda. É o subsistema de maior densidade tecnológica e está conformado por prestadores de serviços privados e públicos. Os serviços públicos do subsistema de alta tecnologia, apesar de construídos e mantidos pelo setor público, têm buscado formas diferenciadas de autonomia de gestão (fundações de direito privado, autarquias especiais etc) que a par de agilizar a tomada de decisões têm possibilitado o seu funcionamento enquanto empresas privadas, com a reserva de alas para pacientes que pagam pelos serviços prestados. Mesmo aos serviços gratuitos deste subsistema apenas os grupos sociais mais ricos têm acesso, caracterizando um clientelismo altamente seletivo.

Este subsistema, que atende 2 a 3% da população brasileira (3-4, 5 milhões), consome mais de 30% dos recursos do SUS (Santos, *apud* Mendes, 1991).

No meio da pirâmide localiza-se o setor privado: subsistema privado autônomo ou subsistema de assistência médica supletiva. Este subsistema, em franca expansão, está voltado para as classes médias e trabalhadoras integrantes do mercado formal que têm acesso aos "seguros-saúde". Está conformado por cinco modalidades de financiamento: medicina de grupo, sistemas próprios das empresas, seguros saúde, cooperativas médicas e planos de administração.

Este setor abarca hoje cerca de 35 milhões de pessoas, cerca de 1/4 da população brasileira (Médici, 1990:12). Orientados pela lógica de mercado, os planos de saúde caracterizam-se por padrões distintos de atendimento diferenciado (básico, superior e executivo), conforme a capacidade de pagamento dos indivíduos, e geralmente não cobrem ações de

maior complexidade relativas a doenças crônicas e degenerativas. Esta característica produz pressões para que o Estado assuma os custos para esta atenção, fazendo crescer o subsistema de alta tecnologia. Ademais, ali são realizadas apenas ações de assistência médica, produzindo em muito poucas ocasiões ações de caráter preventivo.

O subsistema privado de assistência médica supletiva constituiu-se no interior do processo de exclusão em que foi realizada a universalização, quando não apenas segmentos sociais — mas também certos prestadores de serviços se auto-excluiram do sistema público. A pressão da demanda decorrente da universalização — não acompanhada da incorporação de novos recursos — e a desagregação dos aparatos de prestação de serviços pela crise do Estado levaram a uma queda da qualidade dos serviços do subsistema público, expulsando segmentos sociais de maior nível de renda. Ao mesmo tempo, a deterioração real dos valores pagos pelo INAMPS aos produtores privados, junto com a diminuição do montante de gastos do INAMPS destinados a este setor, levou a uma "expulsão" do sistema público dos produtores privados de serviços de saúde mais modernos que vão em busca de uma maior rentabilidade, tendo ocorrido um descredenciamento seletivo dos prestadores privados, ao longo da década de 80. Como resultado deste movimento, viabilizado pelos novos mecanismos de financiamento (seguros), expandiu-se assim o sistema privado de assistência médica supletiva. O subsistema público é entendido aqui como o sistema sob a reitoria do Estado, sendo a atenção prestada por serviços próprios estatais ou privados contratados (lucrativos e filantrópicos). Ao subsistema público competiria atender o conjunto da população, porém tem sido caracterizado como responsável pelo atendimento dos setores de menor poder aquisitivo. Sua clientela tem sido quantificada em cerca de 120 milhões de brasileiros pela subtração, do total da população, do conjunto estimado de beneficiários de planos de saúde privados (Médici, 1990; Mendes, 1991).

Neste subsistema há um predomínio do setor privado na atenção hospitalar, enquanto os prestadores públicos têm predomínio na atenção ambulatorial. No final da década de 1980, no Brasil, o setor estatal respondia por 75% da capacidade instalada ambulatorial e 26,5% dos estabelecimentos hospitalares, correspondendo a 22,8% dos leitos (Médici, 1990:40).

Atualmente (1994), o Sistema Único de Saúde-SUS contrata 507.056 leitos, o que significa cerca de 95% do total de leitos existentes no país. Embora levemente superestimada — por trabalhar-se com dados referen-

tes a fontes e anos diferentes (AMS-IBGE e SÍNTESE-DATASUS) —, essa proporção evidencia a grande importância da rede hospitalar do SUS na assistência médica brasileira.

Cerca de 45% dos leitos da rede SUS pertencem a estabelecimentos privados com fins lucrativos, 25% são de instituições filantrópicas, 8% encontram-se em hospitais universitários e os 22% restantes são de instituições estatais. Cabe lembrar que boa parte dos hospitais universitários pertencem a universidades públicas.

Uma terceira maneira de estabelecer a importância do SUS no que tange à assistência hospitalar é verificar a participação do financiamento público para as internações realizadas no Brasil. O SUS realizou, em 1993, 15.617.080 internações. Segundo a FIBGE, em 1990 foram produzidas 18.801.433 internações no país. Ao calcular, como anteriormente, uma taxa de crescimento anual das internações para o Brasil no período 87-90 encontraremos o valor 5%. Podemos, assim, estimar que em 1993 o número total de internações realizadas seria 21.621.648. Portanto o SUS seria responsável por 72% destas internações (Giovanella & Bahia, 1994).

O subsistema público está constituído — segundo diversos autores — por serviços estàtais deteriorados, sem recursos e sem credibilidade, ou por serviços privados contratados mal remunerados e tecnologicamente atrasados, e dirige-se à clientela de baixa renda: à mão-de-obra de menor qualificação do setor formal da economia e aos não integrados economicamente (Médici, 1991:52).

Esta avaliação da deterioração da qualidade da rede pública, apesar de muito difundida — dando espaço às propostas de privatização do setor —, não pode, porém, ser generalizada, dadas as especificidades da implantação dos sistemas municipais de saúde que têm possibilitado em alguns locais a constituição de redes de serviços não apenas mais acessíveis como também de melhor qualidade. Estas experiências, porém, têm sido ainda pouco estudadas, tanto em função de sua diversidade e fragmentação quanto da impossibilidade de apreendê-las no nível da política formalmente definida, em termos legais, financeiros e institucionais.

A produção de consultas pelo subsistema público modifica-se ao longo da década de 80 no Brasil. Na primeira metade da década (1980–85) ocorre um crescimento da produção, passando-se de 1,49 para 1,78 consultas per capita ao ano. Na segunda metade esta tendência de crescimento é alterada, chegando-se em 1989 a uma produção de apenas 1,62 consultas *per capita* por ano (Mendes, 1991:58). Já o número de internações na década de 1980, realizadas pelo subsistema público, permanece

quase constante, cerca de 13 milhões, o que significa considerado o crescimento populacional um decréscimo de 10,7% de hospitalizações em 1981 para 9,4% em 1989.[2]

Este padrão de cobertura do sistema público, se comparado com a cobertura da população que tem acesso aos seguros-saúde, é baixo em relação às consultas e alto quanto ao número de internações *per capita*. A modalidade de autogestão, por exemplo, no mesmo período ofertou 2,8 consultas/beneficiário/ano e 7,02% de internações/ano, enquanto a medicina de grupo ofertou 4,0 consultas beneficiário/ano e 7,03% internações/ano (Gouveia *apud* Mendes, 1991:58). Estes padrões diferenciados indicam não distintas necessidades de saúde destas populações, mas diferentes possibilidades de acesso à atenção.

Não obstante esta configuração do sistema de atenção, estima-se que a participação do gasto público no conjunto dos gastos em saúde no Brasil, em 1989, foi de 73%, sendo o privado autônomo responsável por apenas 19% dos gastos e o desembolso direto por 8% (Médici, 1992:14).

Embora inegável a importância do SUS na atenção médico-hospitalar no país, cerca de 25% da população brasileira atualmente é coberta por planos de saúde privados. Paralelamente aos avanços legais, na Constituição Federal e a criação do Sistema Único de Saúde, visando a universalização do direito à saúde, gestou-se na sociedade uma outra dinâmica que reciclou o modelo médico-assistencial privatista através de inovações financeiras viabilizadoras do acesso de importante parcela da população ao sistema privado de atenção — os planos de saúde.

No final da década de 80, houve um aumento dos beneficiários dos planos de saúde, e expansão e rearranjo institucional das empresas que comercializam tais produtos. Este crescimento, entretanto está limitado pelo próprio mercado comprador de planos de saúde: empresas e pessoas físicas. Sendo assim, a partir da vinculação de uma parcela de população às empresas de assistência médica suplementar, constituída em geral, por trabalhadores especializados vinculados a grandes e médias empresas e por segmentos das camadas médias das regiões sul/sudeste do país, ocorreu, a partir de 1990, uma estagnação do incremento do número de beneficiários de planos de saúde (Giovanella & Bahia,1994).

É sempre bom lembrar que os planos de saúde prestam apenas assistência médica individual, não realizam ações de caráter coletivo, excluem

2 Baixa cobertura se comparada, por exemplo, com a Inglaterra que produz 4,2 consultas médicas per capita/ano e 12,7% de internações.

da atenção uma série de doenças crônicas e endêmicas e não oferecem serviços qualificados para o atendimento de grandes emergências. Atenção que tem sido suprida pelos serviços públicos.

Como podemos ver a legalidade de uma proposta não garante, em si, a sua implementação. Não se muda a sociedade, por decreto ou lei. A correlação de forças, acordos e negociações necessários à promulgação de uma lei não são suficientes ou idênticos aqueles que possibilitem a sua execução. A sociedade brasileira, altamente segmentada criou formas de manter e traduzir esta segmentação no interior de um sistema legal e administrativamente unificado e universalizado, diferenciando o acesso e a qualidade da atenção.

Werneck Vianna (1995:199) relaciona esses resultados ao modo segmentado e pontual de atuação dos grupos de interesse, no Brasil, preenchendo os espaços de negociação multifacetadamente, inviabilizando acordos de maior abrangência e dificultando a construção de fortes sistemas públicos de proteção. "Estabelece-se uma relação de complementaridade invertida entre público e privado que reforça a lógica da universalização excludente, transformando originais portadores de direitos universais em diferentes cidadãos-consumidores de benefícios estratificados" (Werneck Vianna,1995:200).

A segmentação das clientelas do sistema de atenção e a crise financeira da saúde não são, porém, recentes, nem decorrentes da Constituição de 1988, quando o princípio da universalidade da atenção à saúde tomou corpo na lei maior do país. A chamada "universalização excludente" decorreu da progressiva ampliação de cobertura da assistência médica previdenciária dos anos 70 e 80, quando o aumento da demanda não foi acompanhado pelo correspondente investimento na oferta de serviços e da ampliação de recursos financeiros necessários, ao mesmo tempo que foram estimuladas formas de acesso diferenciadas por categorias sócio-ocupacionais.

Acesso como categoria de análise das políticas de saúde

Os estudos das políticas de saúde no Brasil, em geral, estiveram dirigidos à análise do processo de formulação das políticas e de sua institucionalização. Pouco ainda se conhece sobre a efetividade da reestruturação do sistema de atenção e a real distância entre as formulações legais e constitucionais e a universalização do direito à atenção.

As análises gerais a respeito do sistema de atenção e da segmentação das clientelas, que acompanha a universalização do acesso aqui apresentadas, também não dão conta das especificidades desta universalização e nem dos significados da mesma para os diferentes segmentos sociais.

É na unidade de relação do usuário com os serviços que devem ser centradas as análises que busquem conhecer como o direito à saúde se expressa concretamente no cotidiano das pessoas. A categoria central para análise dessas inter-relações é o acesso.

Para a realização de estudos nesta direção uma primeira discussão que se impõe é, portanto, a respeito da própria categoria de acesso.

A seguir, realizaremos uma primeira aproximação do conceito de acesso e uma diferenciação entre estudos de acesso e utilização, para então discutir diferentes abordagens utilizadas na análise de condições de acessibilidade.

Os estudos sobre acesso aos serviços de saúde costumam utilizar a conceituação de acessibilidade formulada por Frenk (1985) a partir de Donabedian. Acessibilidade, além da disponibilidade de recursos de atenção à saúde em determinado local e tempo, compreende as características do recurso que facilitam ou dificultam o seu uso por parte dos clientes potenciais (Frenk, 1985:438); o que significa considerar acessibilidade como "o grau de ajuste entre as características dos recursos de atenção à saúde e as da população no processo de busca e obtenção da atenção" (Frenk, 1985:443).

Em outros termos, o acesso está relacionado à capacidade de um grupo para buscar e obter atenção. Neste sentido, seria necessário avaliar a disponibilidade de recursos de saúde e sua capacidade para produzir serviços; as resistências do serviço, isto é, o conjunto de obstáculos à busca e obtenção da atenção, originadas nos serviços (o que resultaria na identificação de uma disponibilidade efetiva); e, finalmente, o conjunto de características da população que permitem a esta buscar e obter a atenção (poder de utilização) (Frenk, 1985:441).

Para Penchanski e Thomas (1987:127), acesso é um conceito geral que sumariza um conjunto de dimensões específicas que descrevem a adequação entre os clientes e o sistema de cuidados de saúde, tais como disponibilidade, acessibilidade, acomodação, capacidade financeira e aceitabilidade, definidas como:

Disponibilidade — relação entre o volume e o tipo de serviços existentes e o volume de clientes e o tipo de necessidades.

Acessibilidade — relação entre localização da oferta e a localização

dos clientes, tomando em conta os recursos para transporte, o tempo de viagem, a distância e os custos.

Acomodação ou adequação funcional — relação entre o modo como a oferta está organizada para aceitar clientes (sistema de agendamento, horário de funcionamento, serviços de telefone) e a capacidade/habilidade dos clientes acomodarem-se a estes fatores e perceberem a conveniência dos mesmos.

Capacidade Financeira (*affordability*) — relação entre os preços dos serviços segundo o mantenedor, o depósito requerido para a entrada de clientes e a capacidade de pagar, ou a existência de seguro-saúde por parte do cliente.

Aceitabilidade — relação entre atitudes dos clientes sobre os profissionais e as características das práticas dos provedores de serviços assim como a aceitação pelos provedores de prestar serviços àqueles clientes.

A maior parte dos estudos prende-se à dimensão da utilização dos serviços de saúde, buscando avaliar o peso dos fatores que influenciam esta utilização, tais com os sociodemográficos — nível de renda, escolaridade, idade, sexo, etnia, ocupação — ou os fatores comportamentais — conhecimentos, atitudes e percepção das doenças em diferentes grupos.[3] Outros estudos tratam de analisar os efeitos das disponibilidades de recursos sobre sua utilização.

Segundo Dever (1988), a utilização dos serviços é uma interação entre os consumidores e os prestadores de serviços, e a utilização é influenciada por fatores socioculturais (tecnologia e valores sociais) e organizacionais, além de outros fatores relacionados com o consumidor e o prestador de serviços. Dever inclui entre os fatores organizacionais determinantes da utilização a disponibilidade de recursos, a acessibilidade geográfica, a acessibilidade social e as características da estrutura e processo de prestação de cuidado. Entende acessibilidade — seguindo a definição de Donabedian — como as características do recurso que facilitam ou obstruem o uso pelos clientes potenciais. A acessibilidade geográfica refere-se aos fatores de espaço (distância, tempo, custo da viagem) e a acessibilidade temporal ou acomodação a limitações no tempo em que os recursos estão disponíveis. Para este autor, a relação entre acessibilidade geográfica e o volume de serviços consumidos depende do tipo de atendimento e do recurso considerado, estando em geral o uso dos serviços

---

3 O mais famoso deles é o Estudo Internacional sobre Utilizaçóo de Serviços de Saúde - HCIS - realizado sob o patrocínio da OMS em 7 países diferentes Canadá, EUA, Iugoslávia, Argentina, Finlândia, Polônia e Reino Unido (Kohn e White, 1976).

preventivos mais associado com a disponibilidade geográfica do que o dos serviços curativos, assim como o uso o uso de cuidados gerais mais do que dos especializados (Dever, 1988:214). Já a acessibilidade social inclui os conceitos de aceitabilidade (referidos a fatores sociais e culturais) e à disponibilidade financeira, formulada por Penchansky e Thomas. Portanto, na compreensão de Dever a acessibilidade é um dos aspectos da análise da utilização dos serviços de saúde.

No entanto, Frenk (1985:439) diferencia os estudos de utilização de serviços daqueles de acessibilidade, não apenas quanto ao foco nas razões da utilização, mas por tratarem apenas de características da população e dos recursos de saúde, enquanto os estudos de acessibilidade analisam o grau de ajuste entre estas características.

Barrenechea, Trujillo e Chorny (1990:239) consideram, por sua vez, que o conceito de acessibilidade é uma noção complexa, integrada pelas categorias de: distância/tempo entre a população e as unidades de saúde; oportunidade, entendida como a ação de prestar o serviço em sintonia com a demanda; funcionalidade, vista como a capacidade dos serviços para resolver o problema; custos, incluindo não apenas os custos diretos da atenção mas também os indiretos como medicamentos, salário perdido, preço do transporte; e aceitação do demandante do modo e características como se produz a atenção.

Do conjunto de estudos que procuraram caracterizar a categoria acesso e analisar condições de acessibilidade, podemos fazer um esforço de abstrair os modelos teóricos que estariam informando a seleção de variáveis, bem como sua articulação, na tentativa de buscar maior coerência entre o referencial teórico e a definição conceitual a ser utilizada.

Um primeiro modelo que emerge destas conceituações é o que podemos identificar como um *modelo economicista*, no qual procura-se mapear os diferentes padrões de consumo dos indivíduos. Trata-se de um modelo de estudo da relação entre oferta e demanda, medidas pela decisão dos consumidores em relação a fatores como seu conhecimento da oferta, sua percepção sobre a demanda e um conjunto de valores e práticas oriundos do universo familiar. A análise da oferta leva em conta a intervenção estatal como *capaz* de moldar a forma de organização da produção de assistência médica, bem como conformar a demanda através da diferenciação dos distintos grupos populacionais no acesso aos bens e serviços de saúde.

No entanto, segundo afirma Canesqui (1989:176) em seu estudo, "admite-se que o padrão de consumo também resulta de complexos ele-

mentos de decisões, valores, representações, padrões culturais e práticas, gerados nas famílias, onde se dá a reprodução cotidiana dos agentes sociais, delineando-se certos arranjos de sobrevivência e maneiras de enfrentar o problema da saúde e doença dos seus distintos membros".

Neste sentido, o modelo economicista encontra seu próprio limite ao reconhecer que a soberania do consumidor em seu processo de decisão não pode ser reduzida à simples disponibilidade da oferta de bens e serviços ou do acesso formal garantido pela inserção laboral, mas teria que levar em conta "aptidões ideológicas" (*sic*) dos consumidores, representações intrínsecas aos distintos sistemas de cura socialmente organizados (Canesqui, 1989:177).

Em suas conclusões consegui encontrar que o padrão de consumo, não podendo ser entendido exclusivamente pelo acesso formal, deve levar em conta a intervenção estatal na configuração das práticas oferecidas; a conformação da demanda a partir de uma certa modalidade da oferta gerando necessidades cultivadas pela produção de bens e serviços; e as representações sociais sobre a gravidade do quadro mórbido e em relação ao lugar ocupado por cada membro da família na sua hierarquia interna.

Além disso, a autora trabalha com o conceito de modalidade assistencial aspirada como consumo, que balizaria a avaliação que os consumidores fazem da qualidade e resolutibilidade dos serviços. Sua relação com os serviços seria também mediada pela percepção ou não em relação ao exercício do direito à atenção à saúde.

Analisando a utilização feita pela autora em relação à aplicação de um modelo de análise do padrão de consumo, tendo em conta as especificidades da oferta e da demanda, vemos que, na prática, o que o seu estudo demostra é mais que tudo a inviabilidade de explicar as decisões do consumidor com estes parâmetros, tendo que se referir às disposições ideológicas do consumidor, conceito não pertinente ao modelo com o qual se propunha a trabalhar.

Um segundo modelo que se pode identificar poderia ser nomeado *modelo sanitarista-planificador*, para caracterizar a tradução do conceito de acesso pela possibilidade de consumo garantida através da distribuição planejada de recursos da rede de serviços, conforme consta de documento do Ministério da Saúde (MS/BR/SESUS, 1990). A rede de serviços neste sentido deve ser:

- regionalizada, com as unidades distribuídas espacialmente na proximidade do local de trabalho e moradia, levando-se em conta as condições de transporte;

- hierarquizada de acordo com os diferentes níveis de complexidade equipados com recursos necessários para garantir resolutibilidade;
- com agilidade nos processos administrativos para facilitar o atendimento da demanda e com a oferta de serviços em compatibilidade com a maior possibilidade de utilização pelos usuários;
- garantindo a informação adequada aos usuários sobre os serviços existentes e os procedimentos para sua utilização;
- com um sistema de organização baseado nos princípios de referência e contra-referência, viabilizando o fluxo ágil dos usuários no interior dos distintos níveis do Sistema de Saúde.

Neste modelo tecnicista, o acesso está dado pela ação planejadora do Estado, a partir da garantia da localização adequada, da disponibilidade e da articulação funcional dos serviços em uma rede organizada de acordo com a demanda. A incapacidade crônica das políticas de saúde de integrar os serviços públicos em uma rede hierarquizada, substituindo a desarticulação existente pela alocação planejada dos recursos, torna esta concepção do acesso mais uma "imagem-objetivo" do que uma realidade a ser analisada.

Ainda dentro do campo do sanitarismo encontramos um terceiro enfoque teórico em relação à questão do acesso, que poderíamos designar como o *modelo sanitarista-politicista*, que toma como conceito-chave a noção de consciência sanitária, a partir da qual a própria questão do acesso será entendida. A definição de consciência sanitária foi formulada por Berlinguer (1978:5) como "a tomada de consciência de que a saúde, como afirma o artigo da Constituição, é um direito da pessoa e um interesse da comunidade. Mas como este direito é sufocado e este interesse descuidado, consciência sanitária é a ação individual e coletiva para alcançar este objetivo".

Neste sentido, a consciência sanitária implicaria um componente cognitivo através do qual a população compreende a determinação social do processo saúde/enfermidade e, da mesma forma, os fatores que determinam a organização social da prática médica. Este processo de desvendamento das determinações mais gerais é um processo de desalienação, ou seja, de rompimento com as deformações impostas à consciência sanitária por esta sociedade, entre as quais se inclui a medicalização dos desgastes impostos pelo processo de trabalho.

É também um processo de politização, já que a compreensão desta

realidade desvenda suas articulações com as contradições centrais do processo de acumulação e com a luta de classes, e encaminha à formação de uma contra-hegemonia, através da construção de um novo saber e de uma força social capaz de cobrar o cumprimento das disposições legais acerca da atenção à saúde, da organização do sistema de serviços e da universalização do acesso.

O acesso, neste caso, é visto não como uma entrada do usuário em um sistema preexistente, ao qual ele dá entrada em momentos especiais de sua história de vida, mas sim como a construção, pela sua participação cidadã, deste sistema e a conformação de suas práticas, além de requerer a sua participação também na gestão e controle social.

Embora esta abordagem tenha orientado mais propriamente as lutas políticas no campo da Saúde Coletiva do que os estudos sobre as condições de acessibilidade, estudos mais recentes como o de Cohn, Nunes, Jacobi e Karsch (1991), que levam em conta a diferenciação entre duas populações periféricas, em relação à presença de movimentos sociais na área de saúde, encontram ser esta uma variável significativa, capaz de explicar as diferenças na utilização dos serviços, bem como na sua avaliação por parte da população.

Estes autores (Cohn e col., 1991) falam tanto de um aprendizado na utilização dos serviços quanto da conformação da demanda pela oferta, mas recusam-se a aceitar na sua integridade as observações dos analistas que atribuem ao usuário um papel meramente passivo diante de uma estrutura produtora dos serviços e demandas, tais como afirmada por Illich em sua Nemesis Médica: "uma estrutura social e política destrutiva encontra seu álibi no poder de saturar suas vítimas com terapias que elas aprenderam a desejar".

Uma outra abordagem poderia configurar um quarto *modelo das representações sociais*, distanciando-se de uma visão positivista da atenção à saúde apresentada anteriormente, na medida em que não reconhece qualquer autonomia absoluta daquilo que é exterior ao registro simbólico. Birman (1991:8) afirma: "portanto o real apenas se constitui como realidade pela mediação da ordem simbólica, que lhe confere consistência significativa, para que possa ser compartilhada por uma comunidade social determinada, dotada da mesma tradição histórica e lingüística. Isso implica dizer que a realidade é uma constituição eminentemente intersubjetiva e simbólica, não existindo pois fora dos sujeitos coletivos e históricos, que são ao mesmo tempo os seus artífices, os seus suportes e os mediadores para a sua transmissão".

Esta visão tem também embutida uma crítica ao modelo sanitarista-politicista, na medida em que o que se propõe é um deslocamento da problemática da saúde, que tinha como centro o Estado — na concepção da Saúde Pública — e se reconhece o poder instituinte da vida social, nos seus vários planos e instituições — em uma concepção da Saúde Coletiva (Birman, 1991).

Revendo a utilidade da representação social no campo da doença, Herzlich (1991:26) reafirma que a representação não é apenas um esforço de formulação mais ou menos coerente de um saber, mas uma questão de sentido, emergente a partir de uma desordem, a doença, que adquire significação. Tratar-se-ia de resgatar o lugar do sujeito histórico, já que as representações estão enraizadas na realidade social e histórica, ao mesmo tempo em que contribuem para construí-la (Herzlich, 1991:32).

A centralidade da doença seria explicada "por ser um evento que ameaça ou modifica, às vezes irremediavelmente, nossa vida individual, nossa inserção social e, portanto, o equilíbrio coletivo, a doença engendra sempre uma necessidade de discurso, a necessidade de uma interpretação complexa e contínua da sociedade inteira" (Herzlich, 1991:33).

Em uma linha semelhante, Sontag (1984:7) afirma que a doença tornou-se metáfora do social e, mais ainda, que existiria uma dupla cidadania na vida, uma da saúde, outra da doença, com o que concorda Herzlich, embora acrescente que na sociedade moderna a medicina parece ter um lugar tão conflituado quanto o que se encarnava na doença.

Outros autores observam que as representações sociais, embora sendo fruto da vivência de contradições que permeiam o dia-a-dia das classes e grupos sociais — apresentando, portanto, tanto elementos de dominação como de resistência (Minayo, 1992:173) — estão mediadas pela atuação da corporação médica, principal agente da prática e do conhecimento na área de saúde. Minayo (1992) considera ainda que embora as representações sociais mais abrangentes para a sociedade revelem a visão de mundo de uma determinada época — as concepções das classes dominantes —, cada grupo social faz dessa visão uma representação particular de acordo com a sua posição social. Essa representação é portadora também dos interesses específicos deste grupo ou classe social e de seu próprio dinamismo, o que significa entender as concepções das classes dominadas não apenas com "falsa ideologia, representações ilusórias, mas também como contraditórias e verdadeiras" (Minayo, 1992:174).

Da nossa parte, isto nos sugere que o estudo das representações no campo da saúde e doença requeira hoje necessariamente englobar as re-

presentações acerca da atenção médica e do sistema de saúde como um todo, a ser apreendido a partir da interação imediata do usuário com os serviços de saúde.

Em resumo, ao tratar a política de saúde a partir das condições de acessibilidade devemos ter em conta uma visão compreensiva, na qual seja possível comportar uma dimensão econômica referente à relação entre oferta e demanda, uma dimensão técnica, relativa à planificação e organização da rede de serviços; uma dimensão política, relativa ao desenvolvimento da consciência sanitária e da organização popular; e uma dimensão simbólica, relativa às representações sociais acerca da atenção e ao sistema de saúde.

Conclusões

À guisa de conclusões gostaríamos de apresentar um conjunto de observações sobre a dinâmica atual do setor saúde no Brasil a partir das mudanças nas condições de acessibilidade aos serviços e das novas modalidades de articulação dos interesses públicos e privados

Inicialmente gostaríamos de assinalar a tradução perversa que teve o ideário da Reforma Sanitária Brasileira ao ser o direito universal à saúde reduzido ao acesso universal à assistência médica pública e a uma reestruturação administrativa do aparelho público prestador de serviços, no processo de implementação dos avanços constitucionais.

As questões relativas à determinação social do processo saúde/enfermidade não foram encaminhadas. A garantia do direito à saúde através de políticas econômicas e sociais que diminuam os riscos aos agravos, afirmada na Constituição, não foi implementada. Nem a atenção integral foi alcançada. As medidas de promoção e proteção à saúde foram descuradas.

O investimento do "Movimento Sanitário" nas capacidades regulatória, de controle e de atendimento das demandas do Estado, para que as mudanças se produzissem através dele, em detrimento da construção de uma base social de apoio para as mudanças propostas merece ser questionado, na medida dos próprios limites dos Estados latino-americanos. Limites dados pela intensidade dos interesses clientelistas e corporativos que perpassam estes estados e pelo baixo grau de institucionalização daquelas capacidades necessárias para imprimir um programa de mudanças que radicalmente alterava a estrutura de poder no setor saúde.

Observar que na avaliação das condições de acessibilidade é necessário considerar que as lógicas que norteiam planejadores e usuários dos serviços são distintas, e, por vezes, contraditórias. As representações de usuários e planejadores sobre um serviço ser acessível ou não são diferentes. A organização racional do sistema de atenção de forma regionalizada e hierarquizada em complexidade crescente, buscada pelo planejador na configuração da atenção pelo setor público, não dá conta das aspirações do usuário de uma atenção humanizada e individualizada. Para os usuários, os parâmetros técnicos utilizados pelos planejadores não apresentam visibilidade, estando a sua avaliação baseada em critérios de outra ordem. Avaliam aspectos facilitadores para a sua vida e relativos à sua consideração ou não enquanto sujeitos pelos prestadores de serviço como: a presteza no atendimento (tempo de demora para a solução de sua demanda), a limpeza do lugar, a conversa atenta, a atenção personalizada.

Por último, queremos salientar a persistente preponderância dos interesses privados sobre os interesses públicos. A segmentação da sociedade brasileira marcada por profundas desigualdades de acesso aos recursos de toda ordem — econômicos, sociais e políticos — propiciou, em nível setorial, a preponderância dos interesses privados sobre o público, possibilitando aos vários grupos com interesses setoriais (trabalhadores, classe média, empresários nacionais prestadores de serviços, empresários, multinacionais produtores de equipamentos e medicamentos, seguros privados) organizar seus interesses corporativos de tal forma a retraduzir a formulação igualitária do Sistema Único de Saúde, reproduzindo na sua implementação àquelas desigualdades, re-segmentando clientelas e criando novos *mix* público/privado.

Referências bibliográficas

BERLINGUER, G., 1978. *Medicina e Política*. São Paulo, Cebes/Hucitec.

BIRMAN, J., 1991. Apresentação: Interpretação e Representação na Saúde Coletiva, *PHYSIS — Revista de Saúde Coletiva*, vol. 1, nº 2.

CANESQUI, A. M.,1991. Consumo e avaliação dos Serviços de Saúde. In Spinola et al. (org.) *Pesquisa Social em Saúde*, São Paulo, Cortez Ed.

COHN, A., NUNES, E., JACOBI, P., KARSCH, V. S., 1991. *Saúde como direito e como serviço*. São Paulo, Cortez/Cedec.

CORDEIRO, H., 1992. *Sistema Único de Saúde*, Rio de Janeiro. Ayuri Ed.

DEVER, G. E. A., 1988. *Epidemiologia na administração dos serviços de saúde*. São Paulo, Pioneira.

ESCOREL, S. & GIOVANELLA, L., 1991. A Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS) 1983-1988: Cooperação, Articulação ou Integração Interinstitucional? *Anais do XV Encontro Nacional de Associações de Pós-Graduação em Administração*, Belo Horizonte.

FAVERET, P., OLIVEIRA, P. J., 1990. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do Sistema de Saúde, *Planejamento e Políticas Públicas* nº 3, p. 139-162.

FLEURY et al., 1988. *Antecedentes da Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro PEC/ENSP.

FLEURY, S. M. & OLIVEIRA, J. A., 1985. *(in)Previdência Social*. Petrópolis, Vozes.

FRENK, J., 1985. El concepto y la medición de accessibilidad. *Salud Publica México*, sep. /oct.

GALLO, E., GIOVANELLA, L., RIBEIRO, P. T., 1992. *Seguridade Social*, Rio de Janeiro, ENSP. (mimeo)

GIOVANELLA, L. & BAHIA, L., 1994. Saúde: o poder da atenção pública. *Conjuntura e Saúde*. n.19. Rio de Janeiro: ENSP.

HERZLICH, C., 1991. A Problemática da Representação Social e sua utilidade no Campo da Doença, *PHYSIS — Revista de Saúde Coletiva*, vol. 1, nº 2.

ILLICH, I., 1975. *A expropriação da saúde — Nêmesis Médica*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira.

KOHN, R. & WHITE, K. L., 1976. *Health Care: an International study*. Oxford, New York, Toronto, WHO.

MÉDICI, A. C., 1990. *A medicina de grupo no Brasil*, Relatório ENCE/IBGE.

______., 1992. *O financiamento da saúde nos anos 80, crise e reformas estruturais*, trabalho apresentado no "Seminário Financiamento del Sector Salud en una Situación de Crisis, OPS — Habana.

MENDES, E. V., 1991. *"As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: Conformação da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neo-liberal*, Brasília. (versão preliminar)

MS/SESUS, 1990. *Modelos assistenciais no SUS*, Brasília, MS.

PENCHANSKY & THOMAS J. W., 1981. The concept of access: definition and relationship to consumes satisfaction. *Medical Care*, vol. XIX nº 2.

RODRIGUES FILHO, J., 1991. *Alocação de recursos de saúde: um estudo de utilização hospitalar*. João Pessoa, UFPb — Editora Universitária.

SANTOS, W. G., 1979. *Cidadania e Justiça*, Rio de Janeiro, Campus.

SONTAG, Susan, 1984. *"A doença como Metáfora"*, Rio de Janeiro, Graal.

WERNECK VIANNA, M. L. T.,1995. Articulação de interesses, estratégias de bem-estar e políticas públicas: a americanização (perversa) da seguridade social no Brasil. Rio de Janeiro: IUPERJ, Tese de doutoramento.

Transferencias Financieras a Unidades Sanitarias y sus Incentivos sobre los Prestadores de Servicios de Salud

María Alicia Domínguez Ugá

El objetivo de este documento es el de presentar suscintamente los principales sistemas existentes de transferencias financieras a unidades sanitarias y discutir sus efectos o, en otras palabras, los incentivos que dichos sistemas operan sobre los prestadores de servicios de salud. Naturalmente, éstos se traducen en cambios no sólo en la estructura de producción de los servicios (y en la propia función de producción de los mismos), como en la calidad y el costo de esos servicios.

La atención sobre las modalidades de transferencias financieras a unidades sanitarias ha adquirido importancia en los países desarrollados a partir de la crisis económica que los afecta a fines de la década de setenta y principalmente en los años ochenta. En esa coyuntura, los sistemas de repases pasan a ser encarados en cuanto poderosos instrumentos de incentivo a determinados comportamientos económicos por parte de los prestadores sanitarios y, en particular, son examinados bajo el prisma de la necesidad de contención de los gastos en atención médica a través de la *reducción de los costos de los servicios de salud.*

Sin embargo, en la presentación de los diversos sistemas de transferencias financieras que hacemos a seguir, no nos detendremos unicamente en ese tipo de incentivo, sino que trataremos de identificar los estímulos que esos sistemas introducen también en términos de la calidad de los servicios.

De esa forma, serán observados los incentivos operados por los sistemas de transferencias financieras sobre los prestadores de servicios sanitarios (y, en particular, sobre los hospitales) en cuanto a:

- la *eficiencia técnica,* o sea, la minimización del nivel de *inputs* para un dado *output* o, traducida en valores monetarios, la minimización del costo unitario del producto sanitario;

- la *calidad* de los servicios prestados.

Por otra parte, serán considerados dos criterios adicionales en la evaluación de cada sistema:

- el *grado de previsibilidad de los flujos* financieros (o sea, de las transferencias del órgano financiador y de los respectivos flujos de ingresos por parte de los prestadores) que cada sistema proporciona; y
- el *grado de redistributividad de las transferencias financieras* entre unidades asistenciales que cada sistema viabiliza. En otros términos, nos interesa detectar, en cada método de transferencias, si él abre o no la posibilidad de recompensar a los prestadores según criterios pre-definidos, a partir de los cuales se vise privilegiar a los establecimientos situados en regiones carentes o a aquellos que traten preponderantemente de casos particularmente complejos (presentando *case-mixes* diferenciados) o a aquellos que sufran severas carencias de infraestructura, por ejemplo.

Cabe apuntar, además, que los sistemas de asignación de recursos entre prestadores fueron agrupados en dos categorias:

- *transferencias ex-ante*, en las cuales éstas se dan en momento previo a la prestación de los servicios de salud;
- *transferencias ex-post* las de *pós-pago*, en las cuales se constituye una relación de compra y venta de servicios entre los prestadores y el(los) órgano(s) financiador(es), una vez que el pago es efectuado después y en función de la realización de una determinada cantidad de servicios específicos.

Por otra parte, en lo que atañe a los valores a ser asignados, su definición puede darse de forma *prospectiva — o sea previa a la realización de los servicios sanitarios — o retrospectiva — a partir de los costos realizados-*.

Presentamos a continuación los principales sistemas de transferencias de recursos financieros a hospitales (por ser esta la unidad sanitaria más compleja), observando que se trata de "tipos ideales" en la acepción weberiana de ese concepto. En la práctica, como se apuntará posteriormente, existen *mixes* de esos sistemas que se han mostrado bastante interesantes.

Sistemas ex-ante

Transferencias por presupuesto global

El método de asignación de recursos por presupuesto global consiste en transferencias periódicas de un montante anual de recursos definido a través de programación presupuestaria elaborada por la unidad sanitaria para el período correspondiente y concertada con el órgano financiador. De forma general, como afirma Glaser (1987), el presupuesto se refiere solamente a la previsión anual de los gastos corrientes inerentes a todas las actividades de la unidad, no siendo incluídos, en la mayor parte de los casos, los gastos de capital.

Dado que se trata de un sistema que se popone a cubrir los gastos corrientes (o, en otros casos, los totales) de *todas* las actividades de la unidad, es utilizado en coyunturas en las cuales existe un único agente financiador, siendo este último, comunmente, el Estado. Es, así, un método de asignación de recursos ampliamente utilizado para el financiamento de unidades médico-asistenciales que integran la red de los Sistemas Nacionales de Salud, de responsabilidad estatal.

Formalmente, el método actualmente adoptado para la elaboración de presupuesto global de cada hospital es el del presupuesto-programa, que consiste en presentar el gasto estimado para producir el volumen de servicios programados para el año siguiente por la unidad sanitaria.

De esa forma, en lo que atañe a la previsión de los *gastos corrientes*, este método exige primeramente la traducción del volumen de la producción esperada — por tipo de servicio médico-hospitalario — en término de la cantidad de insumos necesarios y de la fuerza de trabajo a ser en ella empleada. Una vez identificadas esas cantidades, ellas son expresas en valores monetarios (a partir de los precios vigentes en el período de elaboración del presupuesto) y, posteriormente, agrupadas en las categorias de gastos corrientes pertinentes. Finalmente, el valor total de ese presupuesto programa es corregido por la tasa de inflación esperada para el año-base del documento o, preferentemente, se corrigen los valores estimados para cada transferencia financiera por las tasas de inflación estimadas para los períodos correspondientes.

En el caso de que el presupuesto-global comprenda también los *gastos de capital*, cada item de gasto sufre un tratamiento diferenciado en la elaboración de ese documento financiero. A las adquisiciones de equipamientos o la construcción de edificaciones se les estima el valor de acuerdo

a los compromisos financieros a ser asumidos (o ya asumidos) con los proveedores, lo mismo ocurriendo en relación a las operaciones de crédito. Diferentemente, la depreciación del capital físico ya existente es calculada a partir de la vida útil de cada bien y de la tasa de descuento vigente.

Una vez que no nos proponemos aqui a aprofundar la discusión de las técnicas de elaboración de presupuesto sino de su lógica en cuanto método de asignación de recursos, nos contentamos apenas con esta presentación muy sumaria del proceso de elaboración del presupuesto global. Lo que nos interesa rescatar de este método asignativo son sus características más directamente concernientes al sistema de transferencias financieros a través de él configurado.

En primer lugar, se debe mencionar que, aunque el proceso resumidamente descripto en las líneas precedentes sea el formalmente adoptado para la confección de presupuesto global de cada unidad sanitaria, lo que se verifica generalmente es la mera transcripción, para el año siguiente, del presupuesto del año vigente, ajustado por la tasa de inflación anual esperada o por una "tasa de gestión" (D'Intignano, 1991). Así, cada presupuesto se transforma en un mero espejo del correspondiente al año anterior y, de esa forma, la existencia de un determinado item de gasto se torna la razón para su repetición en el presupuesto del año siguiente en proporciones semejantes, lo cual induce obviamente a *decisiones asignativas altamente conservadoras*.

La principal virtud atribuída a este método de transferencias financieras reside en el *grado de previsibilidad* que él introduce en los flujos financieros entre el órgano financiador y la unidad médico-asistencial (Glaser, op.cit.). Una vez aprobado el presupuesto global y definido el cronograma de desembolsos, el Estado y los prestadores de servicios tienen conocimiento previo de sus futuras obligaciones y derechos financieros.

Sin embargo, es necesario observar que, en economias altamente inflacionarias eso no es totalmente verdadero, puesto que las estimativas presupuestarias raramente son capaces de prever la tasa de inflación real del año siguiente. Así siendo, como ocurre con frecuencia en Brasil, es necesario recurrir constantemente a los mecanismos de suplementación presupuestaria, con lo cual el instrumento de transferencias anualmente elaborado se torna en un documento absolutamente ficticio.

En relación a su *potencialidad en términos de viabilizar alguna redistribución de recursos entre unidades* según un determinado criterio, se puede afirmar que este sistema es apto a tal finalidad, si superada su tendencia conservadora referida anteriormente.

Se argumenta, además, a favor de este método asignativo, que él induce a un mayor control de los costos, en la medida que cada unidad debe lograr desempeñar sus actividades con el presupuesto que le fué asignado previamente. Sin embargo, éste mismo factor puede llevar, en la ausencia de un sistema permanente de supervisión y control, a la sub-prestación de servicios, según Glaser (*op.cit.*) o, en otros términos, a la utilización ineficiente de los recursos sanitarios.

Transferencias por capitacion

El sistema de asignación de recursos a unidades médico-asistenciales en base a la capitación presupone la existencia de un sistema de salud regionalizado e hierarquizado, en el cual a cada unidad corresponda una población a ella adscripta, previamente definida. Se trata de un modelo de distribución de recursos en el cual el valor correspondiente a cada prestador es determinado por el número de individuos a él vinculados y por un valor *per capita* correspondiente a la atención a la salud de cada individuo.

Ese valor es definido mediante el instrumental del cálculo actuarial, en base a las probabilidades de que la población, subdividada por sexo y edad, utilice los servicios sanitarios. En otras palabras, el valor *per capita* toma en consideración la probabilidad y el costo promedio de cada servicio de salud; a su vez, el pago por capitación es el producto de ese valor, multiplicado por el número de personas que tienen acceso a los servicios de cada unidad médico-asistencial.

En sistemas en que el Estado es el financiador, el pago por capitación es más comunmente utilizado para la remuneración de los servicios de médicos credenciados (y no de unidades prestadoras), puesto que el valor de las consultas que, según se estima, serán efectuadas *per capita* requiere un procedimiento de cálculo mucho más simple que el necesario a la determinación del valor promedio de las internaciones estimadas por habitante. Este es el caso del modelo de remuneración de los clínicos generales credenciados al Sistema Nacional de Salud inglés.

Puesto que el prestador recibe, mensualmente, a través de este método de transferencias una cantidad pre-determinada de recursos que es proporcional al tamaño de la población adscripta e independe del volumen de servicios prestados, existe en este sistema un incentivo a la *sub-prestación* de servicios (del punto de vista *cuantitativo y/o cualitativo*) en el caso de ausencia o fragilidad de un sistema de monitoreo y control sistemático.

Sin embargo, *permite prever los flujos* financieros relativos a las actividades sanitarias, dado que el valor *per capita* es definido prospectivamente y el tamaño de la población adscripta a cada unidad es un dato conocido previamente.

Por otra parte, cuando adoptado por el Estado para el financiamiento de los servicios sanitarios, este sistema de transferencias no descarta la posibilidad de operacionalizar un sistema *redistributivo* a partir de un determinado criterio, dado que pueden ser definidos valores *per capita* diferenciados según, por ejemplo, el nivel de ingreso o de necesidades sanitarias de cada región.

Sistemas ex-post

Por diaria hospitalaria

Trátase de un método de remuneración destinado a las *internaciones hospitalarias*, en el cual el valor correspondiente periodicamente a cada hospital equivale al número de diarias (o sea, a la suma del tiempo de permanencia de los pacientes internados en el período en cuestión — un mes, por ejemplo) multiplicado por un valor unitario atribuido a cada diaria.

Por lo tanto, en ese sistema, las transferencias financieras son efectuados al hospital *ex-post*, en cuanto remuneración por servicios previamente prestados. Por eso, puede ser adoptado en situaciones en que el hospital sea el receptor de recursos de un único o de diversos órganos financiadores, dado que en este sistema de compra y venta de servicios hospitalarios pueden ser contabilizadas las diarias referentes a la clientela oriunda de cada sistema de financiamiento (seguros de salud, por ejemplo).

El valor de la diaria hospitalaria es calculado a través de su costo promedio, incluyendo o no los honorarios médicos. En ciertos casos, como en el antiguo sistema francés de reembolso hospitalario, era calculado un valor diferenciado de la diaria según el hospital y la clínica que la efectuase (quirúrgica, gineco-obstétrica, UTI etc.), lo cual resultó en la necesidad de establecer un sistema administrativo-financiero bastante complejo (Glaser, *op. cit.*). En otros casos, son calculados los valores de las diarias hospitalarias a nivel regional, diferenciándolos según el porte y la complejidad de los servicios prestados.

De esa forma, a través de este mecanismo de remuneración, los hos-

pitales no son reembolsados según el costo efectivo de cada paciente, sino por el costo promedio de la diaria de la clínica correspondiente, según el hospital que la efectúe o de todos los tipos de internación en una determinanda región.

La crítica más comunmente dirigida hacia este sistema de transferencias financieras a hospitales se refiere al incentivo que introduce en términos de la *prolongación desnecesaria del tiempo de permanencia de los pacientes* internados. Dado que el volumen de recursos correspondiente a cada unidad es, a través de este sistema, directamente proporcional a la duración del período de internación y que, por otra parte, el costo marginal de las diarias es decreciente (puesto que la mayor parte de los exámenes complementares de diagnóstico y los actos quirúrgicos son ejecutados en la primera fase de internación), los estímulos a la prolongación desnecesaria de la permanencia de los pacientes en el hospital no son despreciables.

Existen propuestas en el sentido de instituir un sistema de diarias de valor decreciente, para evitar la tendencia apuntada. Sin embargo, si la determinación del valor promedio de la diaria hospitalaria independientemente del procedimiento efectuado presenta algunas dificultades, el establecimiento de valores promedios decrecientes se muestra aún más complicado del punto de vista técnico, dadas las diferenciaciones de los procesos inherentes a cada tratamiento (por ejemplo, algunos requieren servicios auxiliares de terapia pos-quirúrgica más intensivos que otros).

Es posible apuntar, además, otro aspecto crítico de este sistema: la *imprevisibilidad de los flujos financieros* a partir de él establecidos, que variarán de acuerdo con el proceso de producción de los servicios hospitalarios (en términos del tiempo de permanencia de los pacientes internados). De esa forma, el pago por diaria hospitalaria no permite prever ni la producción (el número de tratamientos efectuados) ni el montante de recursos correspondiente a cada hospital.

En lo que atañe al sistema en cuanto instrumento de incentivo al aumento de la calidad de los servicios, es posible afirmar que, una vez que él estimula la prorrogación desnecesaria del tiempo de permanencia de los pacientes, tiende a provocar la *deterioración del nivel de calidad* de los servicios, puesto que la estadía en ese tipo de establecimiento expone los individuos al riesgo de contraer infecciones hospitalarias.

Por otra parte, en el caso en que sea adoptado un sistema de diarias de valores homogéneos (resultantes del promedio observado a nivel regional, como en el ejemplo mencionado anteriormente), es probable que este

método de transferencias financieras desestimule la prestación de servicios más costosos, lo cual puede provocar un proceso discriminatorio de admisión de pacientes según el costo de la patología de que sean portadores.

Pago itemizado (por acto médico)

Este método consiste en la remuneración discriminada de cada uno de los servicios intermediarios que componen los diversos servicios finales (tratamientos completos) del hospital. Trátase de un sistema en el cual las transferencias financieras se dan en un momento posterior a la prestación de los servicios hospitalarios, configurando, como el precedente, un modelo de compra y venta entre financiadores y prestadores.

El valor correspondiente a cada unidad médico-asistencial en cada período (generalmente, de forma mensual) equivale a la sumatoria de los servicios intermediarios (exámenes de diagnóstico y terapia, acto quirúrgico, servicios de hotelería, etc.) prestados a cada paciente, multiplicados por sus respectivos precios. A su vez, estos últimos son, en algunos casos, concertados previamente entre los dos agentes y, en otros menos frecuentes, definidos *a posteriori*, a partir de los costos observados (incluyendo, en el caso de servicios privados lucrativos, la tasa de lucro de la unidad preestadora).

Es evidente que este sistema estimula la sobreprestación de servicios intermediarios, principalmente en relación a los que proporcionan la realización de *markups* más elevados. Por otra parte, *imposibilita a los órganos financiadores cualquier previsión de los gastos*, una vez que estos sólo se efectivan en momento posterior a la prestación de los servicios hospitalarios, cuya función de producción variará no sólo según cada tipo de internación, sino también de acuerdo a cada unidad médico-asistencial.

Por otra parte, en lo que atañe a la calidad de los servicios prestados bajo este modelo de remuneración, se puede afirmar que, en la medida en que el pago itemizado estimula la ejecución desnecesaria de servicios intermediarios, él induce a un declínio en la calidad de los tratamientos efectuados, sea a través de fenómenos iatrogénicos o por ocasionar al paciente desconforts inútiles.

Pago prospectivo, por procedimiento

El sistema de pago prospectivo, por procedimiento, remunera de forma *ex-post* los *servicios finales* previamente ejecutados por el hospital,

que convencionamos denominar *procedimientos*. Este método, por otra parte, atribuye un valor pre-determinado (por eso es *prospectivo*) a cada tipo de procedimiento hospitalar (quirúrgico —histerectomia, apendicectomia etc.— o no —hemodiálisis, tratamiento de la hepatitis etc.—), independientemente del tipo y cantidad de insumos que hayan sido utilizados y de los actos médicos o servicios intermediarios efectuados en cada caso.

Esta última característica, que lo distingue fundamentalmente del sistema precedente, hace con que el hospital retenga la diferencia entre el costo realizado y la remuneración de cada paciente tratado.

De esa forma, consiste en un sistema en el cual el hospital recibe, mediante una relación de compra y venta de servicios finales con el órgano financiador, un volumen de recursos directamente proporcional a su produccción pero independiente de sus costos, dado que:

- el hospital recibe periodicamente, *ex-post,* una cantidad de recursos correspondiente a la sumatoria de los productos del valor unitario de cada tipo de procedimiento por el número de procedimientos efectuados en el periodo correspondiente, por tipo;
- el valor unitario de cada tipo de procedimiento o servicio final independe de los costos efectivamente realizados en el tratamiento (o sea en el "paquete" de servicios intermediarios) de cada caso sometido a ese procedimiento, siendo definido *a priori.*

Dado que existen varios miles de tipos de procedimientos médico-asistenciales, la adopción de este método de remuneración requiere la utilización de algún sistema que los clasifique en grupos homogéneos del punto de vista de la utilización de recursos, sin lo cual el sistema sería dificilmente gerenciable. Es el caso del método de clasificación de procedimientos en Grupos Relacionados por Diagnóstico *(Diagnosis Related Groups — DRG)*, desarrollado en los E.U.A., que agrupa el producto hospitalar en clases homogéneas en relación al diagnóstico y el nivel de utilización de insumos (o sea, el costo promedio).

Teniendo en cuenta las referidas características del sistema de pago prospectivo, por procedimiento, se puede afirmar que ocasiona los siguientes incentivos:

a) En primer lugar, se supone que este método de remuneración, al hacer con que los prestadores asuman las diferencias (positivas o negativas) entre el precio y el costo, sea eminentemente incentivador del *aumento de la eficiencia* de los hospitales, en términos de la reducción del

costo promedio de los tratamientos efectuados. Como se sabe, ella puede ser alcanzada a través de la adopción de innovaciones tecnológicas de *procesos* (o sea, mediante mejorías en la gestión hospitalaria) y/o de *productos* (a través de cambios en éstos).

b) En relación a este último tipo de innnovación tecnológica, dado que en ese sistema son remunerados los *productos finales* del hospital, por tipo, independientemente del "paquete" de servicios intermediarios que haya sido efectuado en cada caso tratado, existe un incentivo hacia la reducción de la gama de esos servicios incorporados en los tratamientos (o a la sustitución de servicios y/o insumos por otros de menor costo); en otras palabras, el sistema estimula a los hospitales en dirección al *cambio de sus funciones de producción*, en el sentido de disminuir los costos promedios de cada tipo de producto final.

c) Sería, sin embargo, precipitado concluir que ese aumento de la eficiencia tenga como consecuencia necesaria la disminución de los *gastos* en asistencia hospitalaria. Obsérvese que, una vez que mediante este sistema son remuneradas las altas hospitalarias (que representan la finalización del proceso de producción del tratamiento hospitalario), existe en él un estímulo a: por una parte, dar prematuramente alta a los pacientes; y, por otra, reinternarlos, para obtener, en relación a un mismo episodio de enfermedad, la remuneración de dos altas. En el caso de que eso ocurra, no se verificará, obviamente, una disminución del gasto en asistencia médico-hospitalaria.

d) Estas observaciones nos conducen a conclusiones al respecto de los efectos del sistema sobre la *calidad* de los servicios. Si se verifica la tendencia recién apuntada, existirá una evidente deterioración de la calidad de los tratamientos efectuados. Por otra parte, en lo que atañe a la disminución de la relación insumos/producto inicialmente referida, es necesario verificar empiricamente si las alteraciones en las funciones de producción estimuladas por este método de remuneración conducen a reducciones de servicios intermediarios realmente supérfluos o si incluyen la eliminación de servicios e insumos necesarios, antes de emitir consideraciones conclusivas sobre el impacto cualitativo de este sistema en la producción hospitalaria. De todos modos, concordando con Guterman y Dobson (1986), se puede afirmar que el sistema de pago prospectivo por procedimiento lleva a un cambio en las prioridades del hospital, mediante el cual se substituye la preocupación con la calidad por objetivos meramente financieros.

En relación al criterio referente al grado de *previsibilidad de los flujos financieros* que este sistema introduce, se debe notar que, como en el caso de los demás sistemas de pos-pago, es absolutamente imprevisible el nivel de gasto (a menos que existan disposiciones complementares que limiten la cantidad de procedimientos, por tipo, a ser efectuada periodicamente), puesto que el sistema define el valor unitario de cada procedimiento, pero no la cantidad a ser producida.

Además, sistemas como éste, en los cuales se establece una relación de compra y venta de servicios entre prestadores y órganos financiadores tienen también en comun su incapacidad de viabilizar sistemas de redistribución de recursos a partir de un dado criterio, puesto que definen el valor unitario de cada producto pero no el correspondiente a cada tipo de prestador. Esta deficiencia puede ser superada en cierta forma, si se introduce, en las listas de valores, alguna diferenciación por prestador según el criterio que se desee privilegiar. Pero, sin duda, el sistema de informaciones que se constituiría cuando llevadas en cuenta esas diferencias de valores sería de una magnitud difícil de administrar, pues a cada procedimiento corresponderían tantos valores cuantos niveles de diferenciación instituídos.

Breve relato de la experiencia norteamericana

Teniendo en vista la repercusión que ha ganado en las dos últimas décadas el sistema de pago prospectivo por procedimiento, muchas veces encarado como la panacea para la problemática del financiamento de los servicios de salud, nos parece interesante relatar de forma muy breve la experiencia norteamericana, que se desarrolla a partir de 1983, año el el cual este método, después de una larga fase experimental, pasó a ser adoptado para el pago de toda la red de hospitales privados contratados por el Programa MEDICARE. Cabe recordar que este programa financia exclusivamente las internaciones de jubilados y desempleados referentes a casos agudos, excluyendo, por lo tanto, el tratamiento de enfermedades crónicas y los servicios ejecutados fuera del ámbito hospitalario.

a) El método de clasificación del producto hospitalario adoptado en los E.U.A.: el sistema DRG:

El sistema de Grupos Relacionados por Diagnóstico *(Diagnosis Related Groups — DRG)*, que viene siendo desarrollado por la Universidad de New Jersey desde el final de los años sesenta, constituyó clases de pro-

cedimientos homogéneas en cuanto al diagnóstico y al costo, que llevan en cuenta no sólo el diagnóstico principal, como también peculiaridades del paciente que afectan el costo de su tratamiento, tales como edad, presencia o no de comorbidades, diagnóstico secundario. Con base en esas variables, existen hoy casi 500 DRGs en ese sistema de clasificación, que es periodicamente revisado con el objetivo de alcanzar la mayor homogeneidad posible en términos del nivel de utilización de insumos de los grupos definidos.

b) El método de definición de precios del MEDICARE:

El precio unitario de cada grupo diagnóstico se compone de dos partes: i) la principal, calculada en base prospectiva y ii) la complementar, relativa al reembolso de ciertos costos específicos realizados por el hospital. Lleva en cuenta las peculiaridades de la enfermedad y del enfermo (en la clasificación de los DRGs) y las especificidades del hospital, como se verificará a continuación.

En lo que se refiere a la parte del precio definida de forma prospectiva, ella es el producto de dos factores:

- el número de puntos correspoondiente al DRG específico, atribuído en función de su nivel de utilización de insumos; y
- la tarifa básica del hospital, calculada en base a su costo histórico, el perfil de su (producción, o sea su *case-mix*), el nivel salarial de la región a la cual el hospital pertenezca y la tasa de inflación estimada para el período en cuestión.

Por otra parte, de forma retrospectiva, son prorrateados los costos excepcionales del hospital, relativos a pacientes *outliers,* bien como los costos referentes a actividades de enseñanza, que complementan al precio fijado prospectivamente.

De esa forma, el sistema de pago norteamericano, al atribuir a los DRGs puntos (y no valores monetarios), garantiza que las relaciones de precios entre las clases de procedimientos se mantengan constantes. Además, se debe observar que él lleva en cuenta la diferenciación de los costos según las características de cada hospital, a través de las variables introducidas en la determinación de su tarifa básica.

c) El impacto del método de pago prospectivo por procedimiento en la asistencia médico-hospitalaria norte-americana:

Innúmeros estudios han sido efectuados con el objetivo de evaluar el impacto de ese método de pago sobre: i) el *desempeño de los hospitales* (en términos de la evolución de sus costos unitarios, de su productividad

y de eventuales economias de escala), ii) el *producto hospitalario* y iii) los *gastos globales* del Programa MEDICARE. Presentamos a continuación, de forma muy suscinta, los principales resultados de esos trabajos.

i. En relación al primer criterio de evaluación, los estudios demuestran que, a pesar de que los gastos hospitalarios hayan continuado creciendo en el período posterior a la implantación de ese sistema, los hospitales que trataron mayores porcentajes de pacientes vinculados al MEDICARE mostraron un aumento de costo promedio 16% menor que los demás (Feder et al., 1987). Sin embargo, tanto Schwartz (1987) como Chulis (1991) y Cromwell & Puskin (1987) verificaron que esa desaceleración de la tasa de crecimiento de los costos hospitalarios se dió "de una sola vez", o sea, ella tornó a crecer a partir del segundo año de vigencia del sistema de pago.

Por otra parte, al contrario de lo que se esperaba de un sistema que premia la productividad, remunerando los hospitales de forma directamente proporcional al volumen y tipo de su producción, lo que se verificó en los años posteriores a la introducción de ese sistema fue, en la realidad, una disminución del número de internaciones relativas a pacientes vinculados al MEDICARE (Feinglass & Holloway, 1991).

Ese hecho está, a su vez, relacionado a otro fenómeno característico de ese período: dado que sólo son remuneradas de forma prospectiva las internaciones hospitalarias, siendo los demás servicios pagados bajo la forma de reembolso global de los costos, se observó una proliferación de servicios pós-alta hospitalaria (Feinglass & Holloway, *op. cit.*), así como también la transferencia de buena parte de las cirujías para las instalaciones ambulatoriales (Guterman et al., 1988).

Los movimientos de los hospitales en el sentido de libertarse de las "ataduras" financieras del sistema de pago prospectivo incluyen otras prácticas más cuestionables, como la sobreclasificación de los procedimientos efectuados (Chulis, *op. cit.*).

ii. Dada la tendencia mencionada, relativa al hecho de que los hospitales transfieren la mayor parte posible de procedimientos y/o fases de los tratamientos para afuera de las instalaciones destinadas a internación, se observa que ellos pasaron a efectuar "productos más incompletos", en las palabras de Gay et al. (1989), dando alta a pacientes que requieren la complementación de su tratamiento en otras unidades asistenciales.

De esa forma, como observan Sager et al. (1989), hubo una transferencia de las defunciones hospitalarias para otras instalaciones, tales

como las *nursing home beds*, en las cuales la mortalidad aumentó 18% entre 1982 y 1985.

Por otra parte (y bajo la misma racionalidad), se verificó un aumento de la utilización de camas quirúrgicas de CTI, en detrimento de un declinio de la ocupación de camas de las unidades clínicas, puesto que aquellas son mejor remuneradas.

Otro efecto reiteradamente apuntado por diversos autores se refiere a la disminución del tiempo de permanencia de los pacientes internados, resultante, naturalmente, de la mencionada ejecución de "productos más incompletos" por parte del hospital, con el objetivo de reducir los costos unitarios de los tratamientos. Es importante destacar que esta medida fue direccionada especificamente a los pacientes MEDICARE. Como muestra, entre otros, el estudio de Feinglass & Holloway (*op. cit.*), el promedio de la permanencia de estos pacientes cayó 14,6% entre 1982 y 1985, mientras que el de los demás pacientes declinó apenas 5% en el mismo período.

iii. Finalmente, es oportuno abordar la evolución del gasto global del Programa MEDICARE. Éste más que se duplicó en el período de 1979 a 1988, a pesar del declínio de la tasa de crecimiento observado a partir de la implantación del nuevo sistema de pago (Chulis, *op. cit.*). El principal factor que contribuyó a esa elevación fué, sin dudas, la mencionada transferencia de tratamientos a servicios no remunerados de forma prospectiva. Así, todo indica que, en la realidad, estos últimos estén costeando en parte el sector de internaciones vinculado al MEDICARE.

Comentarios finales

A partir de lo que fué expuesto, se puede concluir que no es posible identificar un método de transferencias de recursos financieros a unidades médico-asistenciales que sea ideal; uno será mejor que otro, según los criterios que sean priorizados.

Del punto de vista de la previsibilidad de los flujos financieros, los sistemas de transferencias "ex-ante" son, indudablemente, superiores a los demás, dado que los valores monetarios a ser transferidos a las unidades son fijados antes de comenzar el año fiscal. Sin embargo, no existe, intrinsecamente a cada uno de estos sistemas, ningún estímulo al aumento de la productividad, puesto que los valores independen del volumen de la producción efectivamente realizada.

A su vez, la calidad de los servicios prestados tampoco es incentivada

a través de los sistemas de "ex-ante" en su formato original, aunque exista la posibilidad de que incorporen algún mecanismo de diferenciación positiva de las unidades sanitarias según el nivel de calidad de sus servicios o a partir de algún otro criterio redistributivo.

Si se prioriza la eficiencia, el sistema más propicio parece ser el de pago prospectivo por procedimiento, puesto que configura una relación de compra y venta de servicios entre el agente financiador y los prestadores en la cual los valores unitarios son predefinidos, lo cual resulta en que éstos retengan la diferencia entre precios y costos, sea ella negativa o positiva.

Más especificamente, en este sistema cada prestador opera no con uno, sino con varios *markups*, relativos a las diferencias mencionadas. En ese sentido, los productos sanitarios se constituyen en *mercancías* diferenciadas, cuya producción es más o menos rentable según el proceso productivo de cada caso tratado.

Por otra parte, *dado que cada caso tratado es, en la realidad, un paciente, es él que, en última instancia es transformado en mercancía de mayor o menor rentabilidad,* según la complejidad del caso de que sea portador y el precio pre-establecido.

De esa forma, en relación a este sistema en que el precio es pre-definido y no es posible estocar productos, se podría afirmar que *en la esfera de la producción, el producto hospitalario es el tratamiento, que se transforma (en la esfera de la circulación) en el paciente a ser (o no) tratado.*

La experiencia norteamericana presentada previamente demuestra que, claramente, esta es la lógica introducida por este método de remuneración.

Por lo tanto, en su forma "pura", ninguno de los sistemas presentados parece totalmente satisfactorio. Sin embargo, tomando los dos métodos más adoptados y antagonicamente defendidos, se observa que las deficiencias del método de transferencias por presupuesto global se muestran más facilmente superables que las intrínsecas al sistema de pago prospectivo por procedimiento, puesto que no alteran en su base racionalidad de la prestación de servicios médicos.

En ese sentido, experiencias como las de la provincia de Québec (Canadá), de Francia y de la Región de Cataluña (España) demuestran que es posible elaborar "mixes" de sistemas, con base en el presupuesto global, que permiten tornarlo un instrumento de estímulo a determinados comportamientos (aumento de la eficiencia, de la calidad, etc.) sin caer

en el grave problema de transformar la práctica médica en una mercancía como cualquier otra (Ugá, 1992).

Referências bibliográficas

CHULIS, G., 1991. Assessing Prospective Payment. *Medical Care Review*, 48:2, Summer.

CROMWELL, J. & PUSKIN, D., 1987. Hospital Productivity and Intensity Trends: 1980-87. *Inquiry*, 26:3, Fall.

FEDER, J., HADLEY & ZUCKERMAN., 1987. How Did Medicare's Prospective System Affect Hospitals? *New England Journal of Medicine*, 317, nº14, october.

FEINGLASS, J. & HOLLOWAY, M. D., 1991. The Initial Impact of the Medicare Prospective Payment System on U.S. Health Care: a review of the literature. *Medical Care Review* 48:1, Spring.

GAY, E. G., KKRONENFELD, F., BAKER, S. & AMIDON, R., 1989. An Appraisal of Organizational Response to Fiscally Constraining Regulation: the case of hospitals and DRGs. *Journal of Health and Social Behaviour*, Vol. 30.

GLASER, W., 1987. *Paying the Hospital — The Organization, dynamics and effects of Differing financial arrangements*. San Francisco, Jossey-Bass Publishers.

GUTERMAN, S., EGGERS, P., RILEY, G., GREENE, T. & TERREL, A., 1988. The First 3 Years of Medicare Prospective Payment: an overview. *Health Care Financing Review*, 9:3, Spring.

SAGER, M. A., EASTERLING, D. V., KINDIG, D. A. & ANDERSON, O.W., 1989. Changes in the Location of Death after Passage of Medicare's Prospective Payment System. *New England Journal of Medicine*, 320:7.

SCHWARTZ, W. B., 1987. The Inevitable Failure of Current CostContainment Strategies: why they can provide onlytemporary relief. *Journal of the American Medical Association, 257*, nº .2, january.

UGA, M. A. D., 1992. *Sistemas de Repasses Financeiros a Hospitais: o método de pós-pagamento prospectivo e sua aplicação através dos sistemas SIA e SIH/SUS*. (mimeo)

Politica de Salud y Organizacion del Sector Salud en Chile

Danuta Rajs

Introducción

El presente trabajo se propone describir algunos cambios experimentados en la organización del denominado "sector salud" y en el consumo de servicios de salud en Chile, considerando que esta descripción puede representar una contribución para el desarrollo de la investigación de las políticas de salud hoy en curso en América Latina.

No se trata, por lo tanto, de un análisis científico-político ni sociológico, sino de una modesta descripción de hechos, desde la óptica de la Administración de Servicios de Salud, descripción que los investigadores de las Ciencias Sociales presentes en este Seminario podrán ayudarnos a interpretar más cabalmente.

En Chile son escasos hoy los cientistas sociales dedicados a la investigación de problemas de salud. No es ajeno a esta situación el profundo retroceso sufrido por esas Ciencias en el país en los últimos veinte años, como tampoco lo es el letargo que viven los movimientos sociales en la actualidad, hecho que algunos explican con el aforismo de que "la gente no se interesa por la política, porque la política no se interesa por la gente".[1] Los pocos cientistas sociales que abordan este campo de la realidad, lo hacen en esferas muy específicas, como la de la Salud Ocupacional, en tanto los núcleos académicos que intentan desarrollar la Medicina Social continúan marginados de los principales centros de la Educación Superior.

Antes de proseguir con este relato, parece conveniente aclarar algunos conceptos y declarar el enfoque de quien expone, en su calidad de trabajadora de la salud, cuya relación con el tema es directa y muy distinta

---

1 Diputada Laura Rodríguez, Presidenta de la Comisión de Salud de la H. Cámara de Diputados, 1991.

de la que podría establecer el geólogo con los minerales que le toca clasificar. De hecho, a la mayoría de nosotros, inmersos de alguna manera en los servicios de salud, nos importa genuinamente la salud de la población, no como categoría sociológica, sino como vivencia cotidiana y palpable en el sufrimiento humano y en el bienestar colectivo.

Además, es necesario dejar en claro que, por razones teórico-metodológicas que serán explicadas a continuación, en este trabajo no se utiliza la terminología con que éste y otros Seminarios de Política de Salud han bautizado a las relaciones entre "lo público" y "lo privado" en el ámbito de las prácticas sociales vinculadas a la salud.

Se hablará, por lo tanto, de las relaciones orgánicas y financieras que se han establecido en Chile entre los organismos prestadores de servicios de salud y los órganos financiadores de esas actividades, diferenciándolos según la propiedad de sus instalaciones y la dependencia administrativa de su personal y de sus mecanismos de dotación de insumos fijos y renovables. De aquí que se denominará como:

SUB-SECTOR PUBLICO, al conjunto de los organismos de salud, la propiedad de cuyas instalaciones es estatal (central, regional o local), cuyo personal tiene el carácter de empleado público o municipal, cuyas inversiones se realizan con cargo al erario público y cuyas adquisiciones de insumos renovables cursan generalmente, aunque no siempre, por la vía de la Central de Abastecimiento del Ministerio de Salud. Se incluye en este conjunto a aquellas instituciones docentes y de investigación del área de la salud, que aún son de gestión pública.

SUB-SECTOR PRIVADO, al conjunto formado por los pocos profesionales de la salud de ejercicio individual y por las empresas de la enfermedad, a lo que habría que agregar a las empresas abastecedoras de insumos para la salud y a las instituciones privadas de investigación en salud y de formación de personal para la salud.

La clasificación recién expuesta se constituye considerando que las relaciones entre "lo público" y "lo privado" en la esfera de la salud se establecen en primera instancia entre los diversos agentes prestadores y/o financiadores de las actividades de salud, con base en una institucionalidad específica y legalmente respaldada. Frente a esta configuración de la "oferta de servicios de salud" se organiza una demanda poblacional, que se dirige a uno u otro prestador y/o financiador, según las facilidades y las restricciones que la legislación determine para cada grupo social, es decir, reproduciendo de alguna manera la estructura de la oferta. La mag-

nitud y la dirección de estas interacciones entre un conjunto articulado de oferentes de servicios de salud y de formas de financiamiento de las prestaciones y un conjunto heterogéno de personas requirentes de atenciones de salud puede ser analizada como un vector, que expresa a la articulación entre productores y financiadores públicos y privados de actividades de salud.

En otros términos, parece factible verificar las características de las formas de articulación entre los sub-sectores público y privado de la salud a través de la descripción de las vinculaciones orgánicas y financieras que se dan entre ellos, las que a su vez se manifiestan en distintas magnitudes y calidades del consumo de servicios de salud por parte de los diversos grupos sociales.

Por último, procede agregar que en este relato se diferenciará a los órganos prestadores de las agencias financiadoras de las actividades de salud, porque en Chile existe desde 1924 la separación institucional entre ambos tipos de organismos. Se mencionará dos tipos de seguro estatal de salud, los de las FF.AA. y de Orden y el Fondo Nacional de Salud y un sinnúmero de seguros pri-vados de enfermedad, maternidad y riesgos del trabajo.

Con el fin de ordenar la descripción anunciada, se abordará la siguiente secuencia de contenidos:

- El Contexto Económico y Político
- La Organización de la Prestación de Servicios de Salud
- El Consumo de Servicios de Salud

El contexto economico y politico

El caso chileno es hoy esgrimido por muchos, como ejemplo exitoso de la im-plantación del modelo económico transnacionalizado y orientado al mercado externo, que en nuestro caso comenzó su evolución desde el golpe de Estado de 1973, es decir, hace veinte años.

La valoración del éxito del modelo se funda en la presentación de indicadores de crecimiento económico globales y por rama de la producción y del estado de la balanza comercial. No se alude al volumen del endeudamiento externo, ni a los crecientes servicios de esta deuda, como tampoco se menciona el comportamiento de los indicadores de consumo interno o de distribución del ingreso.

Efectivamente, después de las graves crisis sufridas en la década pasada, el Producto Geográfico Bruto (PGB) ha mostrado una tendencia permanentemente cre-ciente, si bien el ingreso per cápita logrado sitúa al país entre los de in-greso medio-bajo (1.976,18 dólares estadounidenses en 1990, frente a un promedio mundial de 3.980 dólares estadounidenses) (República de Chile, Ministerio de Salud, 1992).

Por otra parte, el crecimiento sostenido del producto se ha basado fundamentalmente en el incremento de las exportaciones, que ascienden al 36,5 por ciento del PGB y de las cuales el 67 por ciento corresponde a materias primas, en tanto la agricultura destinada al consumo interno ha crecido a ritmos anuales de un 1 por ciento (República de Chile, Ministerio de Salud, 1992). De aquí que la economía chilena sea extremadamente dependiente del rubro de las exportaciones, al punto de que hoy se afirma en tono jocoso que cuando se resfrían en Europa o en los E.U.A., Chile entero estornuda.

En 1990 el servicio de la deuda externa absorbió el 21 por ciento del valor de las exportaciones. En cuanto a la distribución del ingreso, ésta es notablemente asimétrica, con un 40 por ciento de la población en situación de pobreza, mientras el 10 por ciento más rico de la población capta el 60 por ciento de la producción global (República de Chile, Ministerio de Salud, 1992).

Por otra parte, la redefinición del papel del Estado a partir de 1973, que se concretó en la prevalencia del principio liberal de la "subsidiariedad" de sus acciones, modificó el carácter redistributivo de las políticas sociales, tornándose éstas cada vez más "residuales". La aplicación de medidas de racionalización del gasto público, a través de la focalización del gasto social (políticas sociales de subsistencia para los grupos de "extrema pobreza", marginados del mercado formal de trabajo) determinó a su vez la mayor relevancia del sector privado en la ejecución de actividades desarrolladas anteriormente por el Estado.

En la política de salud, los cambios más relevantes fueron:

a) La Descentralización de la Producción de Servicios de Salud y

b) Las Modificaciones del Origen y de la Modalidad de Financiamiento de la Producción de Servicios de Salud, lo que trajo como corolario,

c) El Desarrollo de la Producción Privada de Servicios de Salud

Organización de la prestación de servicios de salud en chile

Para contribuír a la descripción de la organización de la prestación de servicios de salud, se abordará los resultados de los tres procesos recién señalados, en el mismo orden:

La descentralización y la composición del sector salud según la propiedad de los recursos para la salud

La composición del sector salud existente en Chile en la actualidad es el resultado de un prolongado proceso de transformación estructural, funcional y financiera llevado a cabo durante el período comprendido entre 1973 y 1990.

La reforma del sistema de servicios de salud incluyó la generación de entidades autónomas del poder central, como parte de la estrategia de traspaso gradual de la responsabilidad del Estado a la población. Se constituyeron los Servicios de Salud Regionales y los Departamentos Municipales de Salud, que congregan la gestión de las acciones que realiza el Estado en materia de salud a nivel local. El municipio comenzó a operar como un agente privado, que compite con otros agentes por los recursos que pueda obtener del Estado,[2] rasgos todos que se acentúan en la etapa actual, a través del perfeccionamiento de los mecanismos de competencia logrado en los últimos tres años. De hecho, mientras existió la dictadura, la descentralización del poder municipal fue nominal, en la medida en que la autoridad local era designada por el Jefe del Estado. Superada esa fase y especialmente desde 1992, los municipios son dirigidos por autoridades elegidas por votación universal,[3] lo cual facilita la aplicación de diversas formas de generación y de asignación de los recursos, si bien los únicos municipios que realmente enfrentan tales opciones son los que disponen de grandes ingresos propios, en razón de la riqueza de sus habitantes y/o de la concentración de actividades productivas y de servicios en ellos (menos de diez municipios en todo el país, que cuenta con cerca de 400).

Desde el punto de vista de su estructura actual, el Sector Salud se

---

2 La noción oculta en este proceso es la de la responsabilidad individual en la reproducción social, como expresión máxima de la libertad.

3 Si bien el mecanismo de recuento de las votaciones se rige por el sistema binominal, que impide la representación de toda minoría numéricamente significativa, de tal modo que en los Concejos Municipales (al igual que en el Parlamento, por lo demás), sólo quedan representadas las fuerzas que obtienen la primera y la segunda mayoría entre los electores.

halla constituído por un amplio conjunto de órganos prestadores de servicios de distinta complejidad, de los cuales aproximadamente la mitad pertenece al sub-sector privado, que se ocupa de la atención curativa de algo más del 20 por ciento de la población (Esquema Nº 1 y Tabla Nº 1). Para 1991, la disponibilidad de hospitales privados por millón de usuarios superó ligeramente a la de hospitales públicos por millón de beneficiarios.

El Gráfico Nº 1 presenta la distribución regional de las horas médicas por mil usuarios por sub-sector propietario de las instalaciones, verificándose la enorme disparidad entre las disponibilidades de este componente instrumental de la producción de actividades curativas en los sub-sectores público y privado. Como dato que reafirma lo anterior, se puede agregar que, mientras en 1973 el 95 por ciento de los médicos se desempeñaba, al menos parcialmente, en el sub-sector público, en 1991 sólo el 35 por ciento de estos profesionales trabajaba en establecimientos estatales o municipales (Sepúlveda, 1990).

Por otra parte, durante el período dictatorial, los recursos humanos del sub-sector público fueron reducidos, creciendo casi exclusivamente con base en personal auxiliar (OPS, 1988; Rajs, 1991). El deterioro de las remuneraciones en este sub-sector continúa incidiendo hoy en el éxodo de los profesionales, lo cual genera incluso crisis agudas, como la vivida el año pasado en los Servicios de Urgencia, donde se produjo la renuncia masiva de los médicos, motivada por las condiciones de trabajo, en especial, por la carencia de instrumental y equipamiento adecuados y parcialmente, por las bajas remuneraciones.

El Origen del Financiamiento del Sector Salud

A partir de 1979 el Estado comenzó a reducir notablemente su aporte al financiamiento de las acciones de salud hasta llegar a erogar menos del 0,5% del PGB en este rubro en 1989. Desde 1990, el aporte fiscal al sector se ha incrementado principalmente por la vía de las inversiones, ejecutadas mayoritariamente con préstamos del Banco Mundial (República de Chile, Ministerio de Salud, 1992), en la perspectiva de integrar a los establecimientos hopitalarios del sector público a la competencia por el mercado consumidor de atenciones curativas.

Como parte de la reforma de los mecanismos de financiamiento de las actividades de salud impuesta en esa época, los empleadores dejaron de aportar dinero a la cobertura de las mismas desde 1981 (Decretos 3.500 y 3.501), traspasándose así la mayor parte de los costos a los usuarios, que

ESQUEMA Nº 1

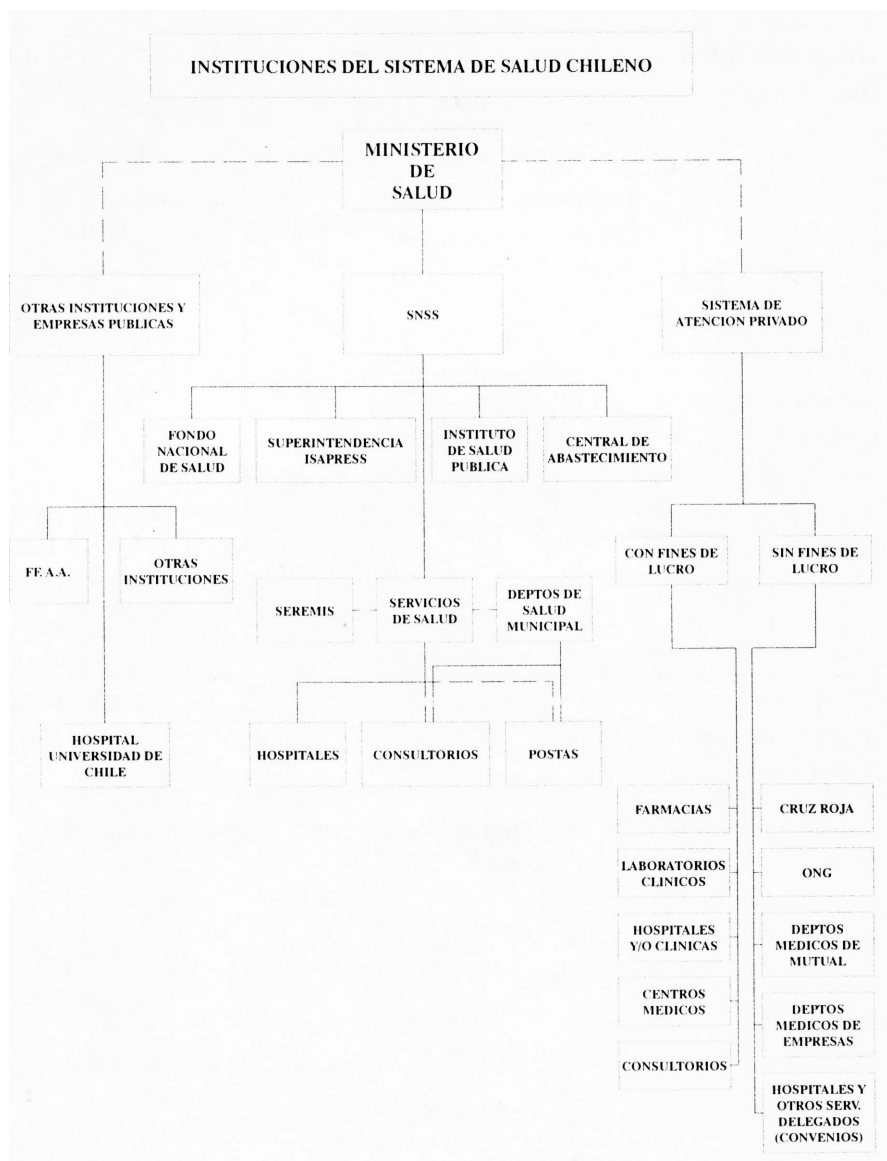
ORGANIZACIÓN DEL SECTOR SALUD EN CHILE, 1992

Fuente: Republica de Chile, Ministerio de Salud: Tarjeta de Presentacion, Serie Documentos, 1992.

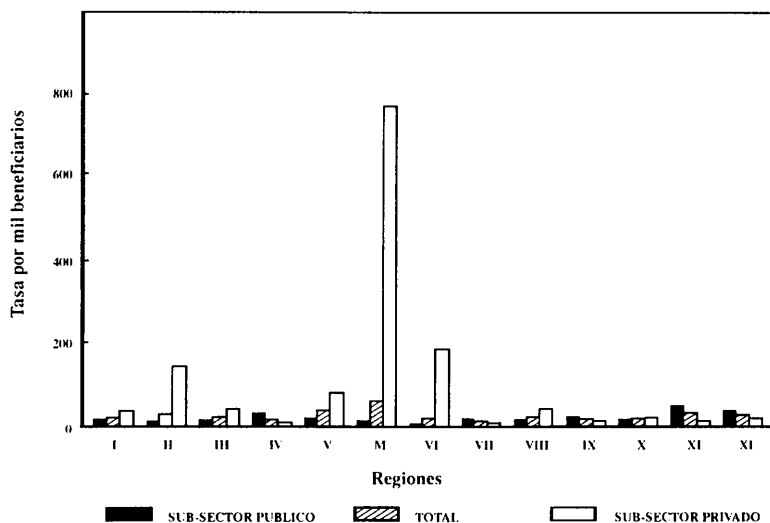
TABLA Nº 1

DISPONIBILIDAD DE ALGUNOS RECURSOS PARA LA SALUD SEGUN SUB-SECTOR PROPIETARIO DE LAS INSTALACIONES

Disponibilidad de:	Sub-sector					Total
	Publico			Privado		
	Servicio Publico		FF. AA. y otros estatales menores	Sin fines de lucro	Con fines de lucro	
	Administración directa o convenio	Administración municipal				
Camas por mil habitantes	3,3		0,2		0,5	3,3
Hospitales por millon de habitantes	14,9		1,1		14,4	30,6
Unidades primer nivel de la atención por millon de habitantes		25,7		16,3	64,8	107,3
Farmacias por millon de habitantes					110,0	110,0

Fuente: Republica de Chile, Ministerio de la Salud: Tarjeta de Presentación, Serie Documentos, 1992.

GRÁFICO Nº 1

DISPONIBILIDAD DE HORAS MEDICAS SEGUN REGION Y SUB-SISTEMA DE ATENCION. CHILE, 1990

Fuente: Republica de Chile, Ministerio de Salud, Departamento de Planificacion.

hoy financian el 70% de la totalidad del sector (Gráficos Nº 2 y Nº 3). La afiliación a un seguro de enfermedad es compulsiva para todos los asalariados,[4] que constituyen actualmente algo menos del 50 por ciento de la fuerza de trabajo ocupada. Los trabajadores no asalariados pueden afiliarse voluntariamente. En ambos casos, la totalidad de la cotización previsional es de cuenta del trabajador. Hace excepción a esta regla la situación de los asalariados de las FF.AA. y de Orden, que cuentan con seguros de salud propios, financiados en su casi totalidad por el erario público, dado lo exiguo de las cotizaciones del componente laboral en esos organismos.

El financiamiento de la prestación de servicios de salud proviene, en el caso de la mayor parte de la población, de un Fondo Nacional de Salud de gestión estatal, integrado por las cotizaciones previsionales de los asa-

4 Al igual que la afiliación a seguros de vejez, invalidez y muerte.

lariados de bajos ingresos y por un aporte estatal, que disminuyó progresivamente entre 1981 y 1987, tras lo cual ha iniciado una fase de incremento. El resto de la población, salvo las FF.AA. y de Orden, financia los servicios directamente o bien, cuenta con un seguro privado de enfermedad (asalariados y trabajadores independientes de ingresos medios y altos). A la fecha, más del 20 por ciento de la población del país es beneficiaria de los seguros privados de enfermedad, si bien el 60 por ciento de los afiliados a estas compañías detenta contratos de tipo colectivo (por empresa o sindicato), que amparan el derecho a un número ínfimo de prestaciones (República de Chile, Ministerio de Salud, Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, 1991). De aquí que estos grupos continúen utilizando las atenciones proporcionadas por el sub-sector público, especialmente cuando se trata de servicios complejos.

Lo anterior demuestra que entre los sub-sectores público y privado existe gran permeabilidad, en la medida en que, por una parte, una fracción de las prestaciones otorgadas a los cotizantes del Fondo Nacional de Salud, es ejecutada por prestadores privados que reciben remuneraciones legalmente fijadas a cambio, mientras por otra, parte de los servicios que consumen algunos cotizantes de las compañías de seguro privado, es pro-

GRÁFICO Nº 2

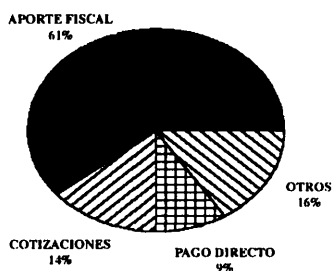
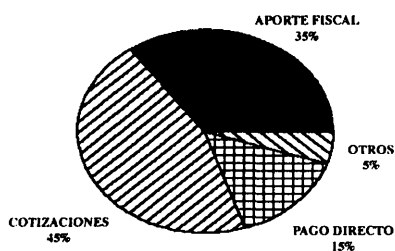
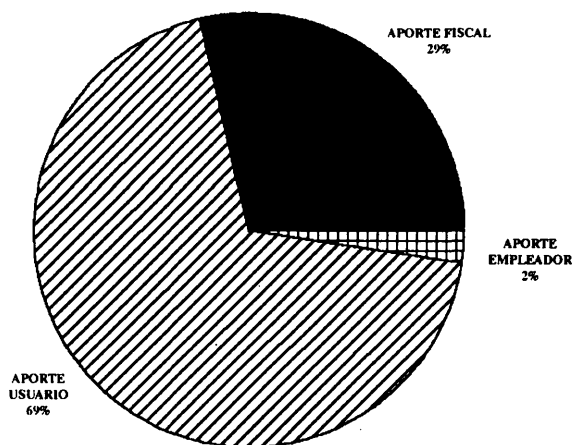
ESTRUCTURA PORCENTUAL DEL FINANCIAMIENTO DEL SUB-SECTOR PUBLICO DE LA SALUD SEGUN ORIGEN DE LOS APORTES. CHILE, 1974 Y 1989

Fuente: Republica de Chile, Ministerio de Salud, Departamento de Planificacion.

GRÁFICO Nº 3

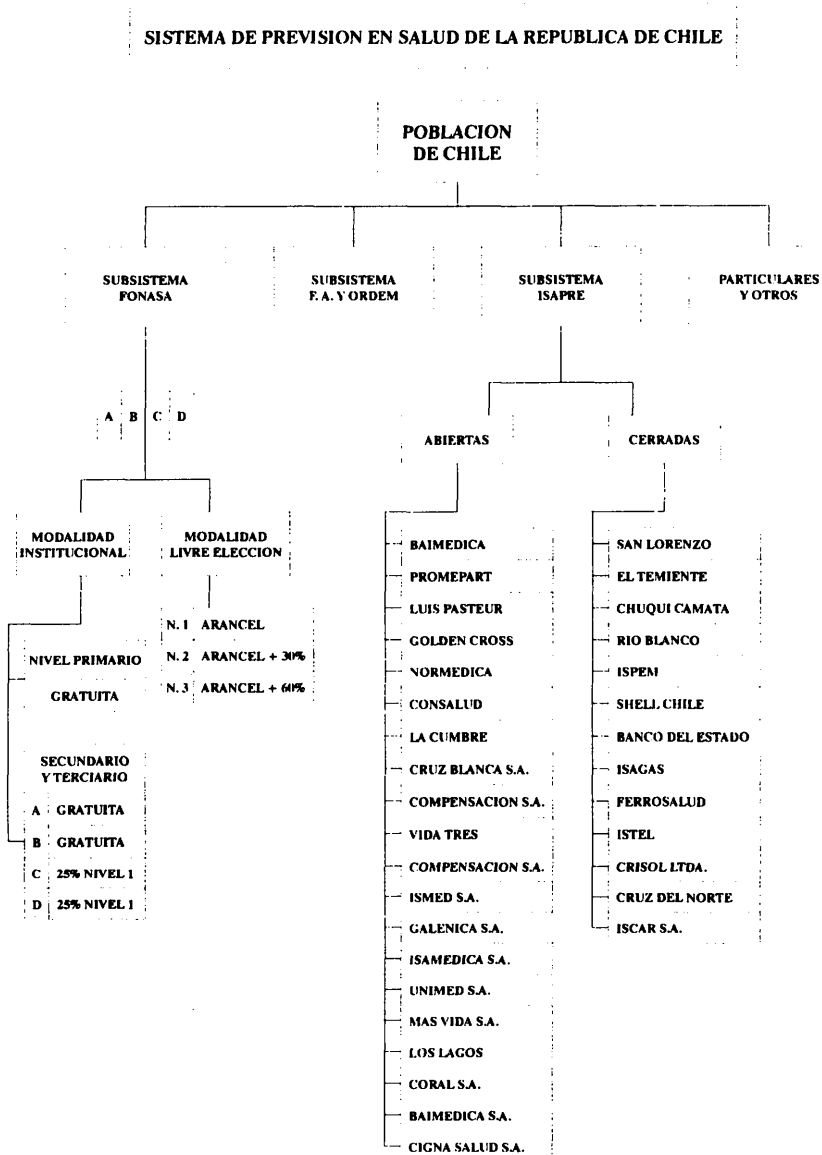
ORIGEN DE LOS APORTES FINANCIEROS PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD. CHILE, 1990

SUB-SECTORES PUBLICO Y PRIVADO

Fuente: Requena, M. (1992).

porcionada por el sub-sector público (alimentación complementaria, inmunizaciones, algunas detecciones precoces y todos los subsidios maternales, en cantidades conocidas; y atenciones curativas complejas, en montos desconocidos). En la práctica, esto implica que los grupos sociales de ingresos medios y bajos afiliados al Fondo Nacional de Salud subsidian la atención de los grupos de más altos ingresos, tanto del propio Fondo, como de los afiliados a las compañías de seguro privado.

Existen además varios otros mecanismos legalmente respaldados que inducen la transferencia de recursos financieros desde el sub-sector público al privado. Así, por ejemplo, los asalariados de las empresas privadas que desean afiliarse a una compañía de seguro privado de enfermedad pueden exigir al empleador que agregue un 2 por ciento de cotización adicional al monto erogado por el trabajador (República de Chile, Decretos 3.500 y 3.501/81). Esta cantidad es agregada con cargo a descuentos

ESQUEMA Nº 2

SISTEMA DE PREVISION EN SALUD DE LA REPUBLICA DE CHILE

Fuente: Ministerio de Salud, Depto. de Planificación: "Políticas y Organización del Sector Salud. Chile, 1991".

de los impuestos a la renta empresarial, dado lo cual, es el Estado el que realiza a la postre este aporte, extrayéndolo de sus ingresos tributarios. Por su parte, el financiamiento de las licencias de maternidad para las trabajadoras afiliadas a los seguros privados corre también por cuenta del Estado, ya que "la promoción de la fecundidad es una política del Estado chileno", según declaraciones del actual Ministro de Salud, al asumir la cartera en Noviembre de 1992.

En el Esquema Nº 2 aparece la estructura del Sistema Previsional y de Financiamiento de las actividades de salud, mientras la Tabla Nº 2 resume las estimaciones de población afecta a cada tipo de seguro de salud, anotándose además las instancias de la atención preventiva y curativa a las que tiene acceso real cada segmento de la población.

Observando la distribución del origen de los fondos financieros para la producción de servicios de salud, se constata que éste se concentra en los aportes previsionales de la población afiliada a cada subsistema de seguro (Gráfico Nº 3). La participación del Estado es baja, no alcanzando al 30 por ciento en el conjunto, mientras se eleva aproximadamente al 38 por ciento en el sub-sector público en 1991. Los aportes patronales han desaparecido virtualmente, o son insignificantes, salvo en el Subsistema de lasMutualidades,[5] que es totalmente financiado por las empresas afiliadas, con base en una cotización mínima del 0,9 por ciento de los salarios, a cuyo monto se agrega una cantidad variable, con un máximo del 3,4 por ciento de la masa salarial, según clase de riesgo.

---

5 Mutualidades de Empleadores, que detentan hoy la responsabilidad legal de la gestión de la Salud Ocupacional de los trabajadores que laboran en las empresas afiliadas. Cubren al 48% de la fuerza de trabajo ocupada. (Sandoval et al., 1991)

TABLA Nº 2

SEGMENTACION DE LA POBLACION CHILENA SEGUN ORGANISMOS DE ATENCION A LA SALUD A LOS QUE ACCEDE EN INSTANCIAS DE ATENCION PREVENTIVA, CURATIVA AMBULATORIA Y HOSPITALARIA

Poblacion y Tipo de Seguro		Atencion Preventiva	Atencion Curativa Ambulatoria	Atencion Hospitalaria
Tipo de Seguro	**%**			
Compra Directa, Sin Seguro, 300.000 Habitantes	2,0	Publica	Privada	Privada
Ff.aa. y de Orden, 400.000 Habitantes	3,0	Publica	Publica Especial*	Publica Especial*
Seguro Privado Individual, 750.000 Habitantes	6,0	Publica	Privada	Privada y Publica
Seguro Privado Colectivo, 2.000.000 de Habitantes	15,0	Publica	Privada y Publica	Publica
Seguro Estatal, 4.650.000 Habitantes	34,0	Publica	Publica y Privada	Publica
Indigentes, 5.400.000 Habitantes	40,0	Publica	Publica	Publica**
Total, 13.500.000 Habitantes	100,0	Publica	Publica Especial, Privada y Publica	Publica Especial, Privada y Publica

*Las Fuerzas Armadas y de Orden Cuentan con Establecimientos Propios.
**El Acceso de la Poblacion Indigente a la Atencion Hospitalaria Se Restringe no solo por Razones de Costo, Sino sobre todo, de Disponibilidad de Recursos, ya que Estos Estan Sobreutilizados en la Atencion de los Beneficiarios del Seguro Estatal o de los Seguros Privados de Tipo Colectivo y Aun, de los de Tipo Individual.
Fuente: Republica de Chile, Ministerio de Salud, Departamento de Planificacion (1990) y Calculos Nuestros .

Por último, en el sector público de la salud fue instaurada una nueva modalidad de asignación de los recursos financieros, a través de la llamada "facturación por atención prestada",[6] lo cual indujo el privilegio de las acciones curativas de mayor costo, en desmedro de la actividad preventiva y promocional.

En la actualidad, el Programa de Gobierno contempla el perfeccionamiento de esta modalidad de financiamiento de las actividades de cada establecimiento a través del "pago por patología resuelta", lo cual equivale al pago por "grupos de diagnósticos", ya probado en los E.U.A. sin éxito en lo que a reducción de costos se refiere (Himmelstein et al., 1989).

La producción privada de servicios de salud

En 1981 fueron creadas las Instituciones de Salud Previsional (República de Chile, Decretos Números 3.500 y 3.501), compañías de seguro privado de enfermedad y maternidad, estableciéndose el derecho de todos los trabajadores a elegir el seguro en el cual depositarían sus aportes previsionales para la atención de esos riesgos. Simultáneamente, fue privatizado compulsivamente el conjunto de la seguridad social, pasando la cobertura de los riesgos de vejez, invalidez, viudez y orfandad a compañías privadas denominadas Administradoras de Fondos de Pensiones. El seguro de riesgos del trabajo fue mayoritariamente traspasado a la gestión de las Mutuales de Empleadores ya en 1977 (República de Chile, Ley 16.744 de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales), que existían en Chile desde la década de 1950, si bien una fracción minoritaria del mismo permanece hasta hoy en manos del Estado.

El sentido de la privatización del seguro de enfermedad y maternidad,[7] pudo ser prontamente apreciado, a través del crecimiento desmesurado de las empresas prestadoras de atenciones curativas.

Otros indicadores del importante desarrollo alcanzado por el sub-

---

6 Este mecanismo de financiamiento de los establecimientos del sub-sector público, aún vigente, eliminó la presupuestación programática. Las unidades ejecutoras de atenciones reciben cada mes el equivalente en dinero al número de prestaciones de cada tipo que realizaron el mes anterior. Los valores monetarios de las prestaciones figuran en un tabulador construído a mediados de la década pasada, las bases de cuyo cálculo no son conocidas, ni han sido actualizadas.

7 Que actualmente sólo atañe al de enfermedad, ya que el de maternidad fue rápidamente reabsorbido por el Estado, cuando las compañías de seguro privado apreciaron la escasa rentabilidad que representaban las mujeres en edad fértil para ellas.

sector privado se ubican en la proporción del gasto total en Salud que ejecuta, del orden del 60 por ciento del mismo (República de Chile, Ministerio de Salud, Departamento de Planificación, 1991) y en la cantidad y en la calificación de los recursos humanos que emplea, como se puede observar en el Gráfico Nº 1 ya descrito.

De hecho, la existencia de los seguros privados y los mecanismos impulsados desde el Estado para el traslado de cotizantes desde el seguro estatal hacia aquéllos, han sido los principales factores del crecimiento de la producción privada de servicios de salud.

El supuesto de que los seguros privados constituirían una especie de mecanismo de control del consumo superfluo de procedimientos diagnósticos y terapéuticos y de atenciones curativas en general entre los consumidores de prestaciones otorgadas por el sub-sector privado no se ha cumplido, en la medida en que los principales prestadores privados han formado consorcios con aquellas compañías, constituyendo poderosos complejos empresariales, que ejecutan una multiplicidad de transacciones económicas de elevada rentabilidad, con cuyo criterio son seleccionadas las atenciones que se recomienda al usuario.

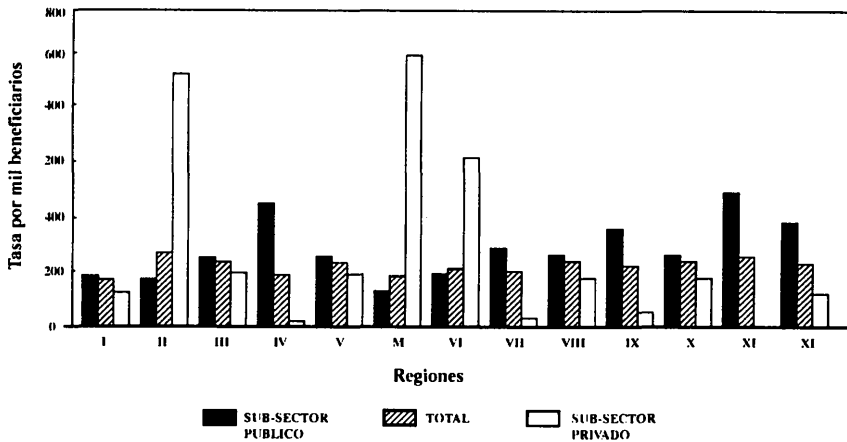
Consumo de servicios de salud

La tasa de egresos hospitalarios por 1.000 afiliados que ostenta el sub-sector privado, comparada con la del sub-sector público (Gráfico Nº 4), denota la hegemonía del primero, especialmente en las Regiones de alta concentración urbana, donde es mayor también la proporción de afiliados a las compañías de seguro privado de enfermedad (30 por ciento de la población en la Región Metropolitana).

El gasto per cápita según sub-sistema de financiamiento de la prestación de atenciones de salud es un buen indicador de la desigualdad generada en el consumo de servicios de salud. En el Gráfico Nº 5 se aprecia la magnitud de las diferencias de gasto por persona-año para algunos subsistemas de financiamiento de la atención. Lamentablemente, no se dispone de información detallada para los sub-sistemas de las FF.AA. y de Orden al respecto, aunque se estima que el gasto per cápita que ejecutan puede superar en 10 a 15 veces al de los servicios públicos de salud.

Otros indicadores de las diferencias mencionadas se ubican en el consumo de consultas de morbilidad (1,6 por persona-año en el sub-sector público, excluyendo a los establecimientos de las FF.AA. y de Orden, con-

GRÁFICO Nº 4

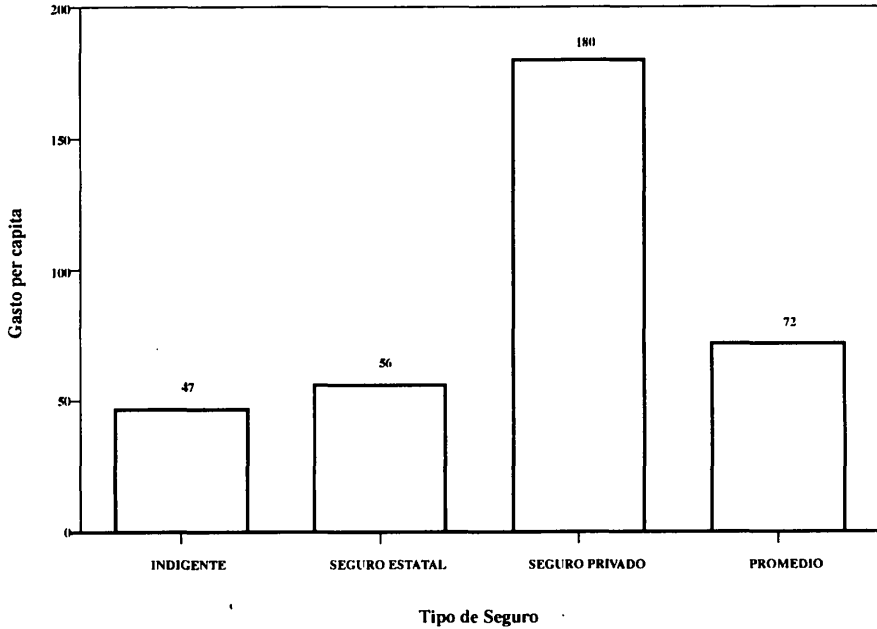
CONCENTRACION DE EGRESOS HOSPITALARIOS POR 1.000 BENEFICIARIOS, SEGUN REGION Y SUB-SISTEMA DE ATENCION. CHILE, 1990

Fuente: Republica de Chile, Ministerio de Salud, Departamento de Planificacion. 11/12/90.

tra 3,6 por persona-año entre los beneficiarios de los seguros privados), de estudios radiológicos (0,08 por consulta en el sub-sector público contra 0,15 por consulta en el área privada) y de otros procedimientos diagnósticos y terapéuticos (República de Chile, Ministerio de Salud, Departamento de Planificación, 1991).

Conclusiones: la diversificacion de los mecanismos de la privatización y el acceso diferenciado a la atención

El impulso a la privatización de la mayor parte de los servicios de salud y de los mecanismos de financiamiento de la atención ya no es un objetivo velado de la política de salud del actual gobierno. En Mayo de 1992, mientras asistía a la Asamblea Mundial de la Salud en Ginebra, el entonces Ministro de Salud declaró que para el año 2.000 se espera que el 50 por ciento de la población esté afiliada a las compañías de seguro privado de

GRÁFICO Nº 5

GASTO PER CAPITA* EN SALUD SEGUN TIPO DE SEGURO.
CHILE, 1990

* Dolares Estadounidenses de 1990.
Fuente: Requena, M. (1992).

enfermedad. Por otra parte, el crecimiento de la población que entrega sus aportes previsionales para salud en esas empresas financieras ha continuado manteniendo su ritmo histórico, del orden de un 20 por ciento anual, si bien hace años que esos incrementos operan con base en grupos sociales que no tienen capacidad real para pagar seguros de enfermedad en forma individual (Ministerio de Salud, Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, 1991). Frente a esta realidad, las compañías de seguro privado, con el apoyo de las autoridades sectoriales y de la legislación correspondiente, han encontrado el mecanismo apropiado para captar esas cotizaciones, a través de convenios colectivos con grupos de trabajadores, que son inducidos (con el argumento del menor valor monetario del copago por cada prestación) u obligados (con la amenaza del despido de sus empleos en la em-

presa que establece convenio con la compañía de seguro privado[8]), a abandonar el seguro estatal (Fondo Nacional de Salud, FONASA) y a transferir el 7 por ciento de sus ingresos mensuales a un asegurador privado. El proceso ha llegado al punto de que, de los casi 2.800.000 beneficiarios actuales de los seguros privados, un 60 por ciento corresponde a afiliaciones por convenio colectivo. Esto significa que, de los aproximadamente 900.000 cotizantes, sólo unos 360.000 tienen capacidad de pago individual suficiente para contratar un seguro de enfermedad amplio para sí y para sus familiares dependientes, mientras la gran mayoría de ellos debe aceptar programas mínimos de prestaciones, que son los alcanzables mediante los convenios colectivos (Rajs, 1992).

Lo anterior demuestra que la privatización de los servicios de salud puede asumir distintas modalidades, no siendo siempre necesario el traspaso de la propiedad de los establecimientos prestadores de los mismos a manos privadas, como lo hizo en ocasiones la dictadura; basta con privatizar la producción de atenciones, reorientándola abierta o veladamente hacia los beneficiarios de las compañías de seguro privado de enfermedad, fenómeno que de alguna manera ya ha cobrado cierto impulso en los hospitales del sub-sector público, sobre todo después del inicio de la aplicación del "Proyecto de Readecuación del Sistema de Salud", denominación del texto que resume la actual política de salud. Al respecto son sugerentes las declaraciones formuladas por el nuevo Ministro de Salud a fines de 1992, cuando señaló ser contrario a la privatización, pero "no a que los establecimientos públicos operen bajo la lógica del mercado".

Según la política de salud vigente, los establecimientos hospitalarios del sub-sector público serán transformados en empresas estatales autónomas, que competirán entre sí frente al Ministerio de Salud para la obtención de dotaciones de infraestructura y para su financiamiento en general.

Los hospitales públicos deberán autofinanciarse por dos mecanismos:

a) Mediante la competencia de sus proyectos de inversión, de capacitación y de dotación de insumos renovables frente al Ministerio de Salud o a sus instancias regionales (Secretarías Regionales Ministeriales de Salud). Obviamente, sus directivos actuales no están preparados ni para elaborar proyectos competitivos, ni para reaccionar en caso de no ganar los concursos, por lo cual se verán obligados frecuentemente a utilizar el segundo mecanismo:

---

8 Y que de esa manera recupera impuestos, vía 2% de aporte patronal al seguro, que después es devuelto por el Estado.

b) A través de la venta de servicios a los beneficiarios de las compañías de seguro privado de enfermedad o de la modalidad de libre elección del Fondo Nacional de Salud, con las consecuencias previsibles en lo que a disponibilidad de recursos para la atención de los "que no pagan" se refiere, considerando que el crecimiento de los recursos físicos es siempre más lento que el de los demás recursos.

En consonancia con lo anterior, ya se ha decretado destinar el 10 por ciento de las camas de cada hospital público a la atención de pacientes privados, sin aumentar a la vez la dotación de camas (República de Chile, Resolución del Ministro de Salud, Septiembre 1991).

Conjuntamente, los hospitales del sub-sector público civil están siendo remodelados y equipados con tecnología más moderna, mediante financiamiento del Banco Mundial,[9] mientras las últimas propuestas ministeriales enfatizan en la promoción de la interacción estrecha entre los sub-sectores público y privado por la vía de la compraventa de servicios (CPU, 1991). Bajo las actuales condiciones de hegemonía política, tecnológica y financiera del sub-sector privado se puede prever que será precisamente éste el beneficiado con estas compraventas, dado que venderá servicios caros a los establecimientos del sub-sector público (en caso de carencia o de deterioro de los equipos con que este último cuente) y comprará a bajo costo atenciones curativas para sus afiliados.

En la actualidad se puede detectar algunos indicadores de estas tendencias, ya instauradas desde hace varios años en el sub-sector público, si se compara la producción de algunas actividades curativas entre 1991 y el primer semestre de 1992. Así, por ejemplo, las consultas médicas totales se redujeron ligeramente, en órdenes del -4 por ciento, concentrándose la mayor disminución en los establecimientos municipalizados del primer nivel de la atención (cerca de -10 por ciento en todo el país y de -14 por ciento en la Región Metropolitana). Conjuntamente, continuaron incrementándose las consultas de urgencia, tanto en el primer nivel de la atención, como en los servicios de urgencia propiamente tales, como resultado del incremento de la demanda insatisfecha de atenciones a patologías no urgentes en los establecimientos municipalizados del primer nivel de la atención, que no logran conservar a un número suficiente de profesionales en su dotación (Ministerio de Salud, Departamento de Planificación, 1991).

El comportamiento de las intervenciones quirúrgicas en el período

---

9 Y que de esa manera recupera impuestos, vía 2% de aporte patronal al seguro, que después es devuelto por el Estado.

mencionado confirma la tendencia de la población a utilizar complementariamente los servicios público y privados, según el acceso económico que tienen a unos y otros. Así, por ejemplo, las operaciones de cirugía mayor electiva (no urgentes) se han incrementado notablemente en el sector público, mientras se han reducido las de cirugía menor electiva. En cambio las intervenciones quirúrgicas de cirugía mayor de urgencia conservan su volumen, en tanto aumentan las de cirugía menor de urgencia. En otros términos, en el terreno de la cirugía electiva, la cirugía menor, más barata, está siendo atendida por los prestadores privados, que absorben la demanda de la población de medianos y bajos ingresos, que huye del sub-sector público. Pero cuando se trata de intervenciones mayores, de alto costo, esa misma población no tiene capacidad de pago suficiente de los elevados precios del mercado de la enfermedad, por lo cual recurre al sub-sector público, muchas veces ocultando su condición de beneficiaria de una compañía de seguro privado. Por otro lado, en el campo de las intervenciones de urgencia, toda la población demanda atenciones en el sub-sector público, considerando que son muy pocos los establecimientos privados que cuentan con servicio de urgencia y que los precios de sus prestaciones urgentes son tan elevados, que resultan incosteables incluso para algunas personas de ingresos superiores.

El impacto más evidente e inmediato de la aplicación de esta política de salud es la profundización de la estratificación de las cantidades y de las calidades de las prestaciones que percibe cada grupo social, lo cual abarca incluso a los niveles de la atención a los que tienen acceso unos y otros.

Los muy pobres, unos cinco millones y medio de personas, acceden casi exclusivamente a la atención curativa ambulatoria y de baja capacidad de resolución de los establecimientos municipalizados del primer nivel (Rajs, 1992), quedando prácticamente marginados del ingreso a los niveles de mayor complejidad. Como lo recomiendan calurosamente las agencias de cooperación multilateral, para dar cuenta de la atención de los más pobres en los países en desarrollo, deben formar parte de este segmento del sistema de atenciones "las misiones religiosas y otros grupos sin fines de lucro, los médicos y farmacéuticos independientes y los curanderos y parteras tradicionales" (Akin, et al., 1990).

A su vez, los sectores medios pobres,[10] los enfermos crónicos de los grupos más pudientes, los ancianos y las mujeres en edad fértil, a pesar de poder hacer uso de la atención de los establecimientos municipalizados,

10 Otros cinco millones de habitantes.

tienden a buscar la atención privada, cuando se trata de problemas de resolución ambulatoria, en tanto que para resolver patologías que requieren de hospitalización, disponen de los hospitales del sub-sector público. En éstos, el acceso queda rigurosamente ordenado en función de la capacidad de pago de los demandantes.

Por último, lo más ricos, -cerca del 20 por ciento de la población-, disponen, tal como ha sido siempre, de servicios curativos privados de todos los niveles de complejidad, si bien las prácticas comerciales habituales de ese sub-sector los inducen a utilizar las prestaciones más complejas, muchas veces innecesarias, con los correspondientes efectos sobre su salud.

La complejidad del perfil de salud-enfermedad vigente en Chile exige de intervenciones intersectoriales amplias, que concentren, entre otros, el esfuerzo de la totalidad de los prestadores de servicios de salud, bajo estrategias perfectamente definidas en función de las necesidades de salud de la población.

Tal cometido resulta inalcanzable si no se dispone de recursos y de atribuciones para orientar el proceso de la salud en la dirección prevista. En comparación con lo ocurrido en otros países de la Región, en el caso de Chile se avanza inexorablemente hacia una definitiva e irreversible privatización de la prestación de servicios de salud, frente a la cual sólo se alzan las débiles voces de los trabajadores del sub-sector público, especialmente de los no profesionales, que ven amagada su fuente de subsistencia.

A consecuencia de lo anterior, se puede prever una profundización de la disgregación de los componentes del sistema de servicios de salud y sobre todo, la prevalencia irrestricta de la lógica del mercado en la producción de prestaciones de salud. Tal lógica, centrada en lo curativo y traspasada por el enfrentamiento entre intereses económicos contrapuestos, es completamente antagónica con la necesaria integración de esfuerzos intra e intersectoriales en favor de la salud de la población.

Referências bibliográficas

AKIN, J. B., N. y D. de F., 1990 *Financiamiento de los Servicios de Salud en los Países en Desarrollo*. Washington D.C., BIRF/BM.

CPU, Corporación de Promoción Universitaria— 1991 *Readecuación del Sistema de Salud Chileno*, Seminario. 9 Agosto/ 1991. Santiago, Chile.

HIMMELSTEIN, D.,U., WOOLHANDLER, S. & THE WRITING COMMITTEE OF THE WORKING GROUP ON PROGRAM DESIGN, PHYSICIANS FOR A NATIONAL HEALTH PROGRAM, 1989. A National Health Program for the United States — A Physicians Proposal. *The New Engl J Med* 320(2):102-108, Jan. 12.

MIRANDA, N. y SALINAS C., 1991. Importante Reestructuración de Salud Permite Ver la Luz al Final de Túnel. *Hospisalud* II(8):20-23.

OPS-DSS, 1988. Los Servicios de Salud en las Américas. Análisis de Indicadores Básicos. *Cuaderno Técnico,* nº 14.

RAJS, D., 1991. Estructura y Funcionamiento del Sistema de Servicios de Salud en Chile. In: *Desafíos de la Política de Salud para Chile,* Taller de Discusión, Lo Cañas, GICAMS - Sociedad Chilena de Salud Pública- Asociación Canadiense de Salud Pública, 30-31, Ene.

______., 1992. Readecuación del Sistema de Salud Chileno: ¿Reforma Administrativa o Refundación de un Sistema? *Salud y Cambio* 3(8):5-19.

REPÚBLICA DE CHILE, MINISTERIO DE SALUD, DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN, 1991. *Políticas y Organización del Sector Salud.* Chile.

______., 1992. *Tarjeta de Presentación.* Serie Documentos.

REPÚBLICA DE CHILE, MINISTERIO DE SALUD, SUPERINTENDENCIA DE INSTITUCIONES DE SALUD PREVISIONAL, 1991. *Boletín Trimestral,* II Trimestre.

REQUENA, M., 1992. El Financiamiento del Sistema Chileno de Salud Necesita Ser Reestructurado. *Salud y Cambio* 3(7):12-19.

SANDOVAL, H. y BUSTAMANTE C., 1991 *Análisis de la Cobertura en Salud Laboral en Chile. Samtiago, Programa de Economía del Trabajo (PET),* DT nº 78, Ene.

SEPÚLVEDA, J., 1990. *Perfil Ocupacional del Médico* (Encuesta a una Muestra de Médicos). Santiago, Colegio Médico de Chile — GICAMS

PARTE IV

Reflexões sobre a Saúde, o Poder, a Ideologia e as Mudanças

Ideologia y Sistemas de Salud

Ricardo A.
Yocelevzky R.

La discusión de las combinaciones de lo público y lo privado en los sistemas nacionales de salud, hace referencia a una realidad que en América Latina ha sufrido transformaciones radicales en las últimas dos décadas. El sentido de las transformaciones recientes apunta, en general, a reorganizar los servicios de salud procurando una mayor participación del sector privado y en función de los intereses de este último. Sin embargo, llamar a este proceso privatización, sin más, puede resultar confuso. En cada caso, hay que definir el sector privado en el campo de la salud, las características del proceso y separar los elementos ideológicos más notables, que son también parte constitutiva de los cambios observados.

Las confrontaciones ideológicas en estos temas se vuelven muy acerbas, dado el contenido del campo del que se está hablando. Frecuentemente se apela a argumentos éticos relacionados con los problemas de la vida y la muerte o el dolor involucrado en la pérdida de la salud. Sin embargo, en la situación actual de América Latina, el transformar el tema de discusión en un problema ético cierra la discusión antes de abrirla, reduciendo el asunto a una toma de posición que permite la descalificación de un campo por parte del otro a partir de una situación ideológica que no se ha definido claramente. Aclarar esto permitiría quizás comenzar una discusión más precisa.

Hace veinte años, considerar teóricamente a la medicina como mercancía implicaba adoptar una posición crítica respecto de los servicios sociales que se desarrollaban con una ideología que pretendía ocultar los distintos elementos de lucro que existían tanto en la producción como en la distribución de los servicios médicos. Para rechazar ese análisis se apelaba a elementos éticos, supuestamente involucrados en toda actividad médica. Hoy en día es la posición conservadora la que define, sin tapujos, a la medicina como mercancía para decir que, lejos de ser un derecho, es algo por lo que se debe pagar de acuerdo a las leyes del mercado.

Más en general, en el campo ideológico, en América Latina hoy se presencia la derrota y retirada de quienes adherían a alguna variedad de la ideología socialista, definida tan ampliamente como para incluir a los partidarios de la extensión de los servicios sociales como parte de la ideología desarrollista que predominó en los países de la región desde la segunda posguerra hasta la primera mitad de la década del setenta, amplitud de definición que hace posible para el liberalismo triunfante en esta lucha calificar de socialista hasta las medidas más modestas de regulación del mercado de la salud.

Examinaré primero el estado del balance ideológico de fuerzas en lo que se refiere al desarrollo de los países de la región para, luego, examinar este proceso en el campo específico de la organización de los servicios de salud y las particularidades que la polémica adquiere en él.

Si se recuerda las discusiones acerca del desarrollo de los países de América Latina de hace dos décadas, tal parece que los valores se hubieran invertido. Que lo que parecía bueno, deseable y conducente al desarrollo hace veinte años, hoy constituyera sólo obstáculos a esas metas, entre las cuales las que se relacionan con la salud son sólo un caso particular. Un ejemplo de esto, no sólo ilustrativo sino paradigmático, es la conceptualización de los sectores populares urbanos más pobres. Hace unos veinticinco años circulaba con gran profusión la teoría de la marginalidad, en variadas versiones, pero, en general, definiendo como "marginales" a estos sectores y discutiendo las mejores maneras de integrarlos a la producción económica y a la participación social y política. Estas maneras variaban según los planteamientos estratégicos de las distintas ideologías, lo cual generaba discusiones teóricas, por ejemplo, acerca del contenido de clase de esas masas marginales, integrables en una estrategia clasista (socialista) o alternativas a los modelos de organización clasista (populismos). En ambos casos el diseño estratégico implicaba al estado como el instrumento fundamental de este proceso de integración. En la última década, se ha visto el resurgimiento de la ideología liberal, que representa la inversión diametral de los valores que orientaban la discusión. Desde el punto de vista empírico no cambia mucho la contabilidad, pero la novedad consiste en que los ayer marginales hoy son rebautizados como "informales" y la verdadera innovación consiste en que ya no son un problema que el estado deba decidir cómo solucionar sino que son una reserva de empuje empresarial, que formará parte de la solución a los problemas del desarrollo y que el estado ha estado ahogando y frustrando en

su desenvolvimiento. La magia de la ideolgía convierte al problema de ayer en la solución de hoy. (De Soto, 1987)

La discusión de el cambio en la organización de los servicios de salud en el seno de las ciencias sociales latinoamericanas, no siendo exactamente igual, es parte del mismo proceso ideológico global y está anclada en algunos supuestos acerca de la situación política, los cuales se especifican explícita o implicítamente como límites de lo pensable y lo impensable, lo planteable y no planteable, normalmente en la forma de afirmaciones de hecho, más o menos evidentes, que consagran los valores sobre los que está estructurada la situación presente como inmutables, adhiriéndose así a la racionalidad que rige el funcionamiento de la realidad, sea con entusiasmo o con resignación. El cambio ideológico aparece disfrazado de avance teórico y pone los términos de la discusión de modo que queda definido de antemano el campo de soluciones posibles a cualquier problema que se plantee.

Si para el sentido común la derrota de la ideología socialista está representada por la caída de los regímenes del socialismo burocrático autoritario, y eso representa el triunfo del capitalismo y de la ideología liberal, para el sentido común especializado, el de los científicos sociales, el fracaso de los regímenes socialistas invalida la crítica del capitalismo construida por los socialistas desde fines del siglo XVIII. Lo primero que hay que afirmar es que una cosa no implica, lógicamente, la otra, (Przeworski, 1990) sobre todo si se reconoce que existen múltiples tendencias socialistas que nunca justificaron ni se asociaron con el llamado "socialismo real" desde el punto de vista teórico y, aún sin eso, desde un punto de vista empírico, en el campo de los servicios sociales y, particularmente el de salud, se puede encontrar algunos de los logros más rescatables de las experiencias socialistas hoy en liquidación.

Para dejar en claro los supuestos de los que se parte, es necesario decir que, tanto desde los puntos de vista ético como teórico y empírico, se intentará una crítica socialista de la discusión actual. Si bién no se puede dejar de estar de acuerdo con la observación, ya de sentido común, de que el pensamiento socialista no puede ignorar los cambios ocurridos en los años recientes, esto no puede significar otra cosa más que que las posiciones socialistas deben especificar de qué manera tomarán en cuenta esos cambios y no que sedicentes socialistas expongan las posiciones liberales.

El punto de quiebre ideológico se ubica en la definición más general de la medicina y su producción y consumo en la sociedad. Para los liberales, y quienes aceptan sus supuestos aunque sea críticamente, lo funda-

mental es que los servicios médicos son un bien de consumo individual y que, por lo tanto, deben estar distribuidos a través del mercado. Para las posiciones críticas del liberalismo, desde varias perspectivas, los servicios médicos son parte de un derecho social, el derecho a la salud, y por lo tanto, como parte de la protección de la vida en general, no deben someterse a las reglas del mercado. Esto es lo que, en variadas versiones y niveles, se discute como un problema ético-ideológico y que vuelve insoluble el problema más allá de la toma de posiciones. Sin embargo, otro nivel en que se enfrenta una polaridad semejante permitiría tomar posiciones, también, pero en una perspectiva más fecunda para el conocimiento de los problemas.

La dicotomía público-privado se presenta asociada a otras dicotomías, tales como estado-sociedad o mercado-intervención, que son ejes de la discusión ideológica y se han incorporado a la jerga política, figurando prominentementemente en los análisis de las ciencias sociales y en las definiciones de políticas por parte de los gobiernos latinoamericanos. Estas polaridades conceptuales requieren ser puestas en la perspectiva de su significación histórica concreta, en las condiciones del capitalismo latinoamericano de hoy, ya que su uso en la discusión ideológica tiende a absolutizar sus significaciones hasta niveles de caricatura, o de poesía, según el talento literario de quienes intervengan en la polémica.

Una muestra de esto es el caso chileno, que puede parecer extremo, pero que es un país que ha tenido el raro privilegio de servir de campo de experimentación para varios proyectos sociopolíticos en la segunda mitad del siglo XX. Para apreciar el sentido y magnitud de los cambios a que se está haciendo referencia se puede citar una cracterización de la situación de los servicios de salud chilenos a comienzos de la década del setenta: "El SNS (Servicio Nacional de Salud) (en el período 1964-1970) es el pilar básico de la salud en el país: tiene una cobertura de 100% de la población en lo que se refiere a *fomento y protección* y cubre alrededor del 80% de ésta, en acciones de *recuperación* de la salud. Por otra parte absorbe el 90% del gasto público del sector y es propietario del 93,5% de las camas hospitalarias del país."(Morales, 1981:47) En tiempos recientes, aproximadamente un 24% de los egresos de hospital se producen en el sector privado con fines de lucro (financiado por seguros privados). Más aún, casi un 33% de las consultas médicas se producen en el sector privado, ya sea financiado por seguros privados (18.6%), o bién por el seguro de salud estatal (14.09%).(República de Chile, Ministerio de Salud, 1992:25)

Esta situación, en todos sus aspectos, es el resultado de una confron-

tación crucial, en el terreno político, en el de la organización de los servicios de salud y, finalmente, en el terreno ideológico. La celebración de estas transformaciones por parte de quienes las consideran un avance son muy elocuentes: " Para una primera aproximación al sorprendente mundo de los servicios de salud prestados por empresas privadas nada mejor que recorrer a pie las primeras tres cuadras de la Avenida Salvador, en Santiago, las que se han transformado en un "barrio médico". En menos de cuatrocientos metros, compiten entre sí diecisiete compañías que ofrecen los más variados servicios, desde rayos X, laboratorios y tomografías computarizada, hasta atenciones de cirugía plástica." (Lavín, 1987:133)

"Entre los fenómenos curiosos de la privatización de la salud está el cambio en las enfermedades más frecuentes. La consulta por resfrío es la más común entre los afiliados a Isapres (Institutos de Salud Previsional), y no lo era en el sistema estatal. La razón no reside en que ahora la gente se resfríe más, sino en que en el sistema estatal, en el que había que levantarse a tempranas horas para conseguir número para ser atendido, nadie pasaba esas molestias por un simple resfrío." (Lavín, 1987:135)

Estos párrafos muestran la densidad del fenómeno ideológico que rodea estas discusiones. Aprovechando el tono anecdótico del autor, hay que decir que los alrededores del hospital Salvador, ubicado en la avenida de ese nombre, era un "barrio médico" desde antiguo ya que allí se ubicaban el Hospital San Luis (enfermedades venéreas y de la piel) y el Hospital de Neurocirujía.

Los párrafos escogidos muestran los niveles entre los que se mueve tradicionalmente la argumentación a favor de la medicina privada. La imagen más poderosa es la de la atención médica individual, en un consultorio privado, sin largas esperas y sin trámites burocráticos, que parecen ser lo propio de los sistemas estatales. Sin embargo, lo excepcional es que médicos y pacientes se encuentren individualmente en una situación de mercado en que la relación sea exclusivamente entre ellos dos. Si esta fuera la situación dominante cuantitativamente, el mercado de servicios médicos sería muy reducido por varias razones.

Desde el punto de vista de la oferta, el médico individual, aún cuando su consultorio contenga una considerable inversión en tecnología, tiene limitaciones insuperables en el rango de servicios que puede ofrecer, tanto por razones técnicas como económicas. Hay tecnologías que no son accesibles ni rentables para una inversión individual. Por otra parte, hay procedimientos que requieren de la internación de los pacientes, por lo cual la idea de un conjunto de médicos que constituyen por sí mismos la oferta

en este mercado es imposible en la realidad. Dos tipos de organizaciones aparecen como necesarias, complementarias y, aunque a veces no sean vistas como tales, determinantes importantes de las formas de organización de los servicios médicos: los hospitales y los laboratorios clínicos (sin considerar a los laboratorios farmacéuticos y las cadenas de distribución de medicinas de varios tipos). De modo que la oferta de servicios médicos tiene una organización económica y, por lo tanto *social.*

Desde el punto de vista de la demanda, el mercado privado generalizado, en la forma más simple que hemos considerado aquí, también sería muy limitado. La distribución del ingreso predominante en América Latina (y para el caso, en los países desarrollados también) hace que sólo una proporción muy pequeña de la población pueda, teóricamente, disponer de los recursos líquidos, inmediatos, necesarios para pagar los servicios médicos cuando son requeridos. Más aún, las personas que pudieran disponer de tales recursos no siempre tienen entre sus prioridades de gasto familiar la salud. Esto hace que la demanda de servicios de salud también requiera de alguna forma de organización social.

La evolución de los servicios de salud siguió en los distintos países de América Latina rutas variadas para llegar a las situaciones predominantes a fines de la década de los sesentas y la primera mitad de los setentas, que es cuando comienza el proceso que motiva las preocupaciones actuales. Estas formas de organización de los servicios de salud tenían, sin embargo, elementos comunes, entre los cuales destaca la debilidad del sector privado constituido por médicos independientes, lo cual era considerado casi un dato estructural. La creciente participación del estado, en muchos casos convirtiéndolo en el principal empleador de personal médico, era vista positivamente dentro del marco de la ideología dominante en la región a partir de la segunda posguerra. El gremio médico, como muchos otros sectores de profesionistas, pasaron a ser uno de los grupos destacados entre las clases medias dependientes del estado y como tales a participar más o menos plenamente de la ideología que orientaba las alianzas de clases típicas de ese período.

En particular, el papel del estado era visto como fundamental en la organización de la carrera médica individual, la cual comenzaba por la formación en una universidad mayoritariamente estatal, que conducía a hospitales del estado donde se disponía más fácilmente de tecnología más avanzada, para lo cual, en general, en el sector privado enfrentaba dificultades debidas tanto a los altos costos involucrados como al control de

cambios, que formaba parte casi obligada de las políticas proteccionistas de ese período.

Que el estado sea el principal empleador de personal médico no implica que el sector privado carezca de él. La consulta privada siempre fue un complemento de las ocupaciones de los médicos, que podían en algunos casos recurrir a las intalaciones hospitalarias estatales en las que trabajaban para tratar a sus pacientes que así lo requerían. Sin embargo, el predominio del sector estatal estaba reflejado en el hecho que pocos médicos ejercían su profesión en forma liberal exclusivamente.

A la luz de esta evolución, los cambios actuales son más sorprendentes en el campo ideológico que en los hechos. Quizás lo más impactante es que se haya revertido unas tendencias que parecían irreversibles en el desarrollo de los países lationoamericanos. Esto es lo que celebran los apologistas del proceso actual, en el caso de Chile por ejemplo. Sin embargo, el que la situación actual sea distinta de lo que parecía previsible hace veinte años, requiere no sólo de una explicación de los hechos sino también de los instrumentos intelectuales con que se efectuaban esas previsiones.

Para quienes celebran triunfantes los últimos cambios ocurridos, estos representan el advenimiento de la libertad, representada por el predominio del mercado como modelo de relaciones entre los individuos, y la derrota del colectivismo y el estatismo como doctrina y como práctica. En el campo intelectual, especialmente en la Economía, es notable la identificación que se hace de las ideas liberales con la "ciencia económica" moderna, condenando los "dogmas socializantes". (Bardón y cols., 1985:3)

Coherente con esta ideología son los cambios introducidos en el sistema de salud y en el de seguridad social. En ambos casos se trata de una transformación en que los principios de solidaridad son reemplazados por la inversión individual. No se trata de una privatización pura y simple, como sería la eliminación de los servicios estatales y dejar el mercado de médicos y pacientes abierto. Se trata del reemplazo de una forma de organización social por otra. Esta vez no es el estado el organizador sino las compañías de seguro privadas. Las formas pueden variar mucho dependiendo de la situación de los países y la combinación de elementos públicos y privados preexistentes. En el caso de Chile, la experiencia más radical y más avanzada en esta dirección en América Latina (Iglesias y cols, 1991), estas reformas dieron lugar al surgimiento de instituciones especializadas en cada uno de estos campos, las Administradoras de Fondos de Pensiones

(AFP) y los Institutos de Salud Previsional (ISAPRES), en tanto en México el nuevo Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR) está siendo implementado por la banca privada y los seguros de gastos médicos son, en algunos casos, una línea más de las compañías de seguros ya existentes. En Argentina, los seguros médicos deberán adaptarse a alguna forma de coexistencia con la Obras Sociales. En general, en América Latina se presencia un variado conjunto de procesos de transición en que lo único común es la aparición de las compañías privadas de seguros de gastos médicos. La discusión por lo tanto no es tan general y abstracta como lo privado versus lo público (o el mercado versus el estado). De lo que se trata es de una evolución que, partiendo de variadas situaciones de coexistencia entre los servicios públicos y privados de atención a la salud, producto de la particular evolución histórica de cada país en este campo, se avanza hacia una nueva situación en la que los servicios privados pasan a ser reorganizados a partir del dominio del mercado por las compañías de seguros.

La aparición de las compañías de seguro cambia radicalmente las condiciones del mercado, pero eso no justifica el que se erijan en las representantes exclusivas de las ventajas de una economía de mercado y menos aún en las custodias de las libertades de los usuarios y de todas las virtudes que imputan al capitalismo en la ideología liberal. Sin embargo la situación aparece así, (y en esto la discusión de las reformas del sistema de salud de los Estados Unidos de Norteamérica será más ilustrativa para los países latinoamericanos en el terreno ideológico que en el de la práctica de las políticas de salud). Si una de las principales restricciones que encontraba para su desarrollo un mercado de atención a la salud privado en los países latinoamericanos era la demanda, restringida a su vez por los altos costos de la medicina y por la distribución del ingreso de estos países, los seguros médicos tienen su mayor logro en la ampliación, proporcionalmente espectacular de esta demanda.

El ejemplo chileno es, de nuevo, ilustrativo,. “Se trata de un negocio (los laboratorios clínicos) en franca expansión, cuya razón de ser reside en atender los pedidos y demandas de los más de veinte Institutos de Salud Previsional, conocidos como ISAPRES, que hoy atienden a 330.000 familias chilenas -que aportan en promedio 5.500 pesos mensuales-, con más de un millón de beneficiarios. Las ISAPRES administran cotizaciones por un valor de 120 millones de dólares al año. Aunque en los inicios del sistema, la mayoría de los afiliados pertenecía a estratos de ingresos altos, la salud privada se ha masificado: hace cuatro años, el sueldo promedio de los

afiliados al sistema era de 140.000 pesos mensuales, en tanto que ahora ha disminuido a 67.000." (Lavín, *op. cit.*, 1987:134)

El problema concreto de investigación entonces será las múltiples formas de aparición y adaptación de los seguros privados de salud en los distintos países de América Latina. Ellos son los que determinarán el desarrollo de los demás elementos que componen la complejidad de un sistema nacional de atención a la salud considerado globalmente. Algunos de estos elementos preexistentes a los cambios actuales se verán fortalecidos, por ejemplo, es previsible un aumento de la participación del sector privado en el número de camas de hospital en los casos de mayor desarrollo de los seguros. Sin embargo, al mismo tiempo, este proceso estratifica los servicios, de modo que el crecimiento, en el conjunto, no parece muy significativo. De hecho, la tendencia para toda América Latina y el Caribe es la disminución del número de camas por cada mil habitantes (CEPAL, 1992). En el caso de Chile, el sector privado participa con 0.5 camas por mil habitantes, de un total casi inveriable en la última década de 3.3 camas. (CEPAL y Ministerio de Salud de Chile). Lo que hace el sector privado es especializarse en cierto tipo de atención médica que resulta más rentable, incorporando tecnología más sofisticada o encareciendo innecesariamente la hotelería hospitalaria. (Qué pasa, 1993).

No se trata entonces de que el sector privado quiera hacerse cargo de la atención de toda la población. Eso es posible en ciertos sistemas, pero requieren de una participación importante del sector público que, por fuerza, es el que financia el conjunto de las prestaciones, un ejemplo es el sistema de Canadá. El argumento es a favor de un sector privado limitado, dentro del cual se granticen las condiciones de rentabilidad. La rentabilidad de los sistemas de seguros está determinada por los niveles de riesgo y, por lo tanto, el sistema se sustenta en la determinación de las exclusiones en el acceso al seguro médico privado. La población excluida queda en manos de los servicios sociales o estatales de salud, preexistentes en la mayoría de los casos.

El ejemplo de los Estados Unidos de Norteamérica es importante a este respecto porque es difícil que el sistema de seguros médicos de algún país latinoamericano lo vaya a sobrepasar en desarrollo. En este caso, que podemos considerar paradigmático, uno de los puntos centrales de la discusión actual es el alto número de personas excluidas, cifra en disputa, que el gobierno estima en 36 millones de personas y que comentaristas conservadores extremistas ubican en tan sólo seis, más o menos, y a la que le restan importancia puesto que, en su visión, los excluidos deben asumir

su responsabilidad individual por su propia exclusión (por ejemplo, los desempleados). Hay que recordar que en Chile el éxito del sistema, según el comentarista que citamos antes, es haber llegado a cubrir a un millón de individuos dentro de una población de más de trece millones y que hoy, y en el conjunto de la población, la satisfacción de los usuarios no es la que describe el apologista citado puesto que, de una lista de 25 servicios públicos presentada en una encuesta en 1993, los menos apreciados eran "las Isapres y el Fonasa", (el fondo estatal) (Foxley, 1993).

El problema que surge entonces es que, al igual que en otros períodos, el sector privado es insuficiente para hacerse cargo, en términos rentables, de la atención a la salud del conjunto de la población, pero sí aspira a que la consideración de sus intereses sea el criterio dominante en la definición de las alternativas de participación del sector público en este campo. Es más, la constitución de la clientela original de las compañías de seguros de gastos médicos al implantarse en los países de América Latina ha requerido de una activa política, explícita o implícita, por parte de los gobiernos que conduzca a la acumulación necesaria para echar a andar el negocio. Estas políticas están constituidas por medidas regulatorias del nuevo campo de seguros, que legitimen las exclusiones necesarias que no son efectos directo de la distribución del ingreso (como es la exclusión de la cobertura de las condiciones pre-existentes o la de los ancianos).

Por otra parte, la extensión de la clientela de estos seguros en la sociedad avanza en la dirección de las clases medias, o incluso algunos sectores de obreros, entre los cuales una proporción importante son dependientes del estado, ya sea porque este último es su empleador o porque, hasta ahora, era el administrador de sus sistemas de seguridad social y de atención a la salud. El estado no sólo rebaja su participación en el sector salud por omisión, rebajando el gasto social por ejemplo e induciendo así no sólo la no expansión de los servicios sino también su deterioro, sino que activamente promueve el nuevo sistema trasladando a las compañías de seguro privado la cobertura de algunos grupos de sus empleados o induciendo a grupos del sector privado a buscar esa alternativa, (por ejemplo, en el caso de Argentina, la propuesta presente del gobierno para reducir la contribución patronal a las "Obras Sociales" de los sindicatos).

No se trata de examinar aquí el conjunto de medidas de política que pueden configurar el proceso de transformación de los sistemas nacionales de salud con el fin de abrir campo a las empresas de seguros. Lo que se quiere recalcar es el carácter ideológico de la discusión desde la definición misma del problema, hablando de privatización en general, cuando

la aparición o el desarrollo de los seguros privados es lo que define el conjunto del proceso, subordinando a los otros aspectos del sector privado como son los hospitales, los laboratorios clínicos y el conjunto de la práctica de la profesión médica. Así, entonces, no se trata de la liberalización del "mercado" de atención a la salud, puesto que por sí misma la demanda de los individuos no es suficiente para justificar la inversión requerida por la medicina moderna. Esta deficiencia de la demanda que había sido subsidiada por el estado, entre otras funciones que cumplían los servicios estatales de salud dentro del modelo desarrollista, es solucionada ahora por la organización que el capital financiero es capaz de darle a través de los seguros. Desde este punto de vista los seguros son bienvenidos por la profesión médica y por los otros capitales involucrados en la producción directa de los distintos servicios médicos (hospitales, laboratorios y todos los conexos).

Por el otro lado, el del estado, también el proceso es presentado ideológicamente, en las visiones dominantes de los procesos en curso actualmente en América Latina, como el retiro del estado para dejar libertad al mercado. Esto deforma la imagen de lo que ocurre porque, el estado no se retira, en el sentido de ausentarse del campo de los servicios de salud, ya que debe asumir un papel muy activo en la creación de las condiciones de rentabilidad de los seguros, por una parte, mientras, por otra, debe seguir a cargo de la atención de los sectores excluidos de los seguros por las varias razones que esto ocurre. Esto plantea una doble tarea a los servicios estatales de salud, o a la forma de participación del estado en este sector que se organice para reemplazarlos. Primero, hacerse cargo de los sectores excluidos por razones de riesgo para la rentabilidad de los seguros, los viejos y algunos enfermos crónicos, y, en segundo lugar, proporcionar alguna atención a la salud de los pobres.

Para los países de América Latina esto es muy importante ya que el modelo de crecimiento económico adoptado por la mayoría de los países de la región después de la crisis de la deuda externa en los años ochenta (y por algunos incluso antes), genera pobreza. Los estudios acerca de cómo definir y cómo medir la pobreza se multiplican al mismo ritmo que su objeto de estudio, por lo menos. Sin embargo, el campo de la salud es un ámbito en que los pobres se convierten en amenaza para la población en su conjunto, dada la difusión de infecciones asociadas con las condiciones de vida de ellos (Donoso, 1993). El cólera en América Latina y la tuberculosis en los Estados Unidos de Norteamérica, son muestras de que, por un lado, la pobreza apesta, mientras por otro el papel del estado puede

llegar a no ser sólo asistencial sino que, por el bién de la salud pública puede, incluso, movilizar el aparato represivo.

De modo que, si el sentido común acepta ya que la privatización total no es posible y que, por lo tanto, el futuro de los sistemas nacionales de salud se ubica en alguna combinación de lo público y lo privado, la determinación de esas combinaciones concretas no puede ser atacada con los instrumentos del puro sentido común, ni tampoco abordado como un problema de descripciones históricas que, por acumulación de estudios de casos harán avanzar nuestro conocimiento.

El caso de la salud parece mostrar con gran claridad lo que Przeworski (1990) caracterizó como "la irracionalidad del capitalismo y la inviabilidad del socialismo", para los problemas alimentarios del mundo. Sin embargo, partiendo de su conceptualización del socialismo y el capitalismo, habría que decir que nuestros conceptos más básicos son hoy un obstáculo al conocimiento. En primer lugar, no es tan claro que el socialismo no pueda solucionar con cierta ventaja algunos problemas en el campo de la salud, incluso con definiciones muy restrictivas de lo que se considere socialismo, pero, quizás más importante que ese punto ideológico, es el hecho que el concepto de capitalismo que identifica a este sistema como "mercado" incurre en una confusión. Este es un problema conceptual mucho más amplio, pero no está demás enunciarlo como conclusión que haga posible buscar otro punto de partida para estudiar los problemas de los sistemas de salud.

Si se hace la diferencia entre "mercado" y "capitalismo" en el sentido que lo establece Braudel (1984), en el terreno histórico, y en el que lo releva Wallerstein (1991), para la situación actual, reservando para la ganancia capitalista el carácter extraordinario asociado con condiciones de monopolio, se abre un vasto campo de problemas teóricos, como por ejemplo, una necesaria redefinición de la separación y las relaciones entre lo político y lo económico, que es una característica que casi todos los conceptos históricos atribuyen como rasgo distintivo al capitalismo. Esto, plantearía la necesidad de reconceptualizar el papel del estado, no ya como garantía de la normalidad de los mercados, sino como creador y mantenedor de condiciones de monopolio relativo, que permitan las ganacias extraordinarias y la acumulación capitalista, tanto en el ámbito nacional como en el internacional. Esto obligaría a repensar las políticas públicas en función de estas tareas del estado, pero permitiría eliminar el carácter moralista de la discusión que pretende enfrentar la realidad con un aparato conceptual más normativo que descriptivo. No se trata de-

nunciar a quién bneficia la intervención, inevitable, del estado en la economía, lo cual cierra la discusión al comenzar, sino que se trata de investigar los mecanismos a través de los cuales, en distintas condiciones y en distintos períodos, el estado garantiza la rentabilidad capitalista aún en "contra" del mercado.

Referências bibliográficas

BARDON, A., CARRASCO, C., VIAL, A., 1985. *Una década de cambios económicos. La experiencia chilena 1973-1983*, Santiago, Editorial Andrés Bello.

BRAUDEL, F., 1984. *Civilización material, economía y capitalismo, siglos XV-XVII,* (3 tomos), Madrid, Alianza Editorial.

CEPAL, 1992.*Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe.* Santiago.

DE SOTO, H., 1987. *El otro sendero*, México, Editorial Diana.

DONOSO, R., 1993. *Antecedentes de la sociología urbana*, México, UAM-Xochimilco.

FOXLEY, A., 1993. Discurso del 2 de septiembre de 1993, en la inauguración de la "Sala Fernando Fajnzylber" en el edificio de CEPAL, Santiago.

IGLESIAS, A., Acuña, R., 1991. *Sistema de Pensiones en América Latina, Chile: Experiencia con un régimen de capitalización 1981-1991*, Santiago, CEPAL/PNUD.

LAVIN, J., 1987. *Chile. Revolución Silenciosa*, Santiago, Editora Zig-Zag.

MORALES, E., 1981., *Sistema político, planificación y políticas públicas. La política de salud, Chile 1964-1978*, Santiago, FLACSO.

PRZEWORSKI, A., 1990. ¿Podríamos alimentar a todo el mundo?. La irracionalidad del capitalismo y la inviabilidad del socialismo, *Pensamiento Iberoamericano*, nº 18, Madrid.

QUÉ PASA, (Revista semanal), 11 de septiembre de 1993, pp. 54-55.

REPÚBLICA DE CHILE, MINISTERIO DE SALUD, 1992. *Tarjeta de Presentación. Situación y atención de la salud en Chile*. Santiago.

WALLERSTEIN, I., 1991. Capitalism: The Enemy of the Market?. In: *Unthinking Social Science*, Padstow, Gran Bretaña, Polity Press.

Atencion a la Salud y Poder Ciudadano: Elementos Clave en la Articulación Público/Privada

Catalina Eibenschutz Hartman

El objetivo de este trabajo es reflexionar y colaborar a la conceptualización del poder, como elemento fundamental para comprender la democracia y la participación ciudadana en el ámbito de la salud.

Por otra parte, pretende contribuir a la incorporación del poder ciudadano como una categoría fundamental dentro del análisis de la viabilidad de una adecuada articulación público/privada de los servicios de salud.

Perspectivas que adopta este artículo

La reflexión parte por un lado, de la perspectiva "optimista" del post-neoliberalismo, que se inicia con la elección de Clinton como presidente de lo Estados Unidos de Norteamérica y cuyo programa estuvo basado en la responsabilidad del Estado en las políticas sociales de Salud y Educación, lo que algunos autores han empezado a llamar neo-keynesianismo.

Considero de suma importancia asumir esta perspectiva, sin por ello suponer que en las últimas elecciones presidenciales de los E.U.A., el neoliberalismo haya sido derrotado, sino únicamente reconocer que una mayoría de ciudadanos han ejercido su poder de voto, para castigar la política de Reagan y Bush, de los últimos años. En este sentido el neoliberalismo si salió derrotado, y es necesario reflexionar sobre el tema.

Parto también de una perspectiva espistemológica constructivista, que plantea que el hombre conoce, observa y mira la realidad a través de una teoría que maneja en forma conciente o no, es decir, los "observables" de la realidad lo son sólo, en función del sujeto y su teoría. Así es como se

construyen como científicos los hechos de la realidad (Garcia, 1989). Los hechos no existen como tales para la ciencia, son construídos por los sujetos cognocentes, sin negar que los hechos de la realidad existen, independientemente del individuo cognocente y su teoría.

La importancia de avanzar en la conceptualización del poder como categoría fundamental de la Ciencia Política, radica, de acuerdo con la perspectiva anterior, en la posibilidad que se abre para "mirar" de nueva manera los procesos políticos de la sociedad.

También hay en esta propuesta, una perspectiva "foucaultiana" en cuanto a que se propone analizar el poder desde los individuos y la sociedad y no únicamente desde el Estado, incorporando al análisis del problema, el cuerpo humano.

El poder

Reflexionar sobre lo que es realmente el poder, ése del que todos hablamos y somos incapaces de definir, parece a veces un problema banal, pero no hay que olvidar, como lo señala Foucault, que Marx desentrañó el secreto y construyó una teoría a partir de una banalidad llamada mercancía. (Foucault, 1989).

Antes de avanzar en este planteamiento, quiero hacer las siguientes aclaraciones:

- Reconozco en esta propuesta un intento de abarcar conceptualmente diferentes niveles de complejidad, desde el relativo a las relaciones interpersonales hasta las institucionales y las políticas. Por tanto, se trata de un propósito muy ambicioso y representa una propuesta teórica que requiere ser aplicada en la investigación de realidades concretas.
- Dejo fuera del análisis el poder que se deriva de las armas, ya que éstas atentan contra la vida misma y representan el límite extremo del mismo cuerpo y de la vida, pero incluyo otros mecanismos de coerción en los diferentes niveles de complejidad de la vida social.
- Aclaro también que el punto de partida no es desconocer el poder del Estado, sino más bien intentar develar los mecanismos que le otorgan el poder, a partir de los individuos y la sociedad.

El poder es parte de la experiencia vital de todos los seres humanos, sin embargo aparece siempre ajeno y ausente de los individuos, de los

ciudadanos. Se le ubica como parte de una racionalidad política que nos afecta socialmente, pero que pertenece siempre al espacio exterior a nosotros mismos.

"Se concentra en el Estado, en ese Leviatán, frío monstruo, perverso y omnipotente, que nos acecha permanentemente y del que es imposible escapar, la solución es entonces apoderarse del Estado, por varios caminos, pero apoderarse de él", (Varela, 1991).

Así, al poder se le ha separado de la materialidad humana, se le ha "cosificado" (se obtiene y se pierde), se ha ubicado en el Estado, ajeno a los individuos y a los ciudadanos, pero aún no ha sido completamente aprehendido.

En la mayoría de los autores de la Ciencia Política, el poder aparece por encima de los individuos subyugándolos, pero nunca les pertenece, no obstante que en la concepción de Soberanía del Estado se hace referencia a que los ciudadanos entregan su soberanía y su poder al Estado, pero no se analiza qué es, cómo se transfiere y dónde radica la soberanía de los sujetos/ciudadanos.

El planteamiento central de este trabajo es que *la materialidad del cuerpo humano es el verdadero origen y manifestación del poder,* que existe y se manifiesta no como una cosa, sino como una relación entre las acciones (movimientos, formas de gasto de la energía) de los seres humanos vivos, tanto a nivel colectivo como individual.

Quiero aclarar, que este planteamiento frecuentemente se confunde con la idea de cantidad de energía de los cuerpos humanos vivos, cuando en realidad me refiero a las formas de gasto de la energía de cada uno y de todos los individuos.

Spinoza en el siglo XVII sostenía que el derecho y el poder son coextensivos a la naturaleza y que los derechos de cualquier individuo solamente están limitados por los límites de su poder que es su propia naturaleza (Copleston, 1988).

Existe sin duda cierta similitud con mi planteamiento anterior, pero lo importante en la actual reflexión es entender que en las relaciones de poder hay una verdadera "apropiación" de parte de la naturaleza de los otros, por aquellos que supuestamente detentan el poder. Es una apropiación de las voluntades, del espíritu, del intelecto y de los cuerpos, en el sentido que los detentores del poder obligan a los otros a gastar su cuerpo, a hacer las actividades que los poderosos deciden. (Eibenschutz, 1991).

Sin embargo, en esta relación, donde existe siempre un polo que

ejerce el poder, el otro puede obedecer y someterse, pero también puede resistir y oponerse, planteando una relación antagónica entre poderes diferentes y lo importante es reconocer y analizar la variedad de relaciones de poder, que se establecen en la Sociedad.

El poder atraviesa las relaciones humanas en todos los niveles de su complejidad organizativa, hay ejercicio de poder en la familia, en la pareja, en el acto médico, en la formulación y ejecución de las políticas, en las relaciones de trabajo, en las de explotación etc. Pero estas relaciones de poder no sólo significan sumisión, sino también son motivo de resistencia, de oposición, de juego y de placer (Garcia, 1991).

Placer no sólo en el ejercicio del poder, sino en la resistencia al mismo, en el juego de poderes, en la provocación al poder, en la huída del mismo, en su cercanía.

Relaciones de poder

Es necesario repensar el poder desde la perspectiva de las relaciones y no en función sólo de "polos" de poder, ya sea el Estado, las burocracias, las instituciones etc., sino en función de las relaciones de sumisión, resistencia y oposición; analizando el comportamiento de ambos polos, descubriendo cómo se establecen estas relaciones.

Según Luhmann, "En la relación de poder — a diferencia de la coerción y de la violencia física — la voluntad del subordinado no está sustituída, ni manipulada, sino motivada. La utilización de la coerción directa no marca el éxito del poder, sino su jaque: el poder, de hecho, es tanto más fuerte y eficaz cuanto más obtiene de los subordinados una obediencia espontánea y una renuncia pacífica a alternativas que en el caso contrario serían atractivas" (en Zolo, 1986). Su planteamiento es muy interesante, en cuanto a que habla de una apropiación de las voluntades y — yo agregaría — de los cuerpos. Es por tanto, semejante a la concepción de hegemonía en Gramcsi, o a la de dirigir por consenso.

Es fundamental reconocer y analizar el papel que la mente y la subjetividad juegan en las relaciones de poder. El poder ha sido motivo de atención del psicoanálisis, la psicología y la psiquiatría, por lo que me parece me parece imprescindible recuperar estos planteamientos e incorporarlos al análisis de la Política y particularmente de la política social.

Para ello es necesario hacer alguna reflexión sobre la forma en que los individuos introyectan las relaciones de poder en la construcción de

su propia subjetividad, pues de ello depende parcialmente, su posterior comportamiento social y político, es decir su ejercicio ciudadano.

Poder y subjetividad

La subjetividad de los individuos se construye al interior de la familia y de la sociedad, en medio de relaciones de poder.

Según Foucault (1989, p.17), "... Es una forma de poder la que transforma a los individuos en sujetos. El término *sujeto* tiene dos acepciones: sujeto sometido al otro por el control y la dependencia y sujeto ligado a su propia identidad por la conciencia y el conocimiento de si mismo. En los dos casos, este término sugiere una forma de poder que subyuga y somete", a lo cual yo añado, que también libera y permite alcanzar objetivos.

Este tema es más propio del psicoanálisis que del estudio de la política social, pero es importante señalar que es precisamente en este espacio donde se construye la "manera de ver y vivir el poder" o sea es donde se le ubica "fuera" de los individuos y donde se termina construyendo una ciudadanía pasiva y sumisa o conciente y activa.

El ejercicio del poder

Un problema poco analizado en este campo es el del ejercicio mismo del poder. Dado que históricamente se le ha dado un valor ético negativo al poder, el ejercicio del mismo se ha transformado en un problema que es necesario estudiar. Me permito sostener que el pueblo y la mayoría de los ciudadanos no está habituado a ejercer el poder concientemente, es más, si se le pregunta a cualquier individuo sobre si tiene o nó poder, inmediatamente contestará que el poder lo tienen siempre otros y nunca él, hay una especie de "vergüenza" del poder.

Pero además, hay también una dificultad en aprender y decidirse a ejercer el poder. Este aprendizaje se hace a lo largo del ejercicio del mismo, y frecuentemente requiere un tiempo que yo llamo de "aprendizaje y decisión" para poder ejercer concientemente el poder. Estoy considerando el ejercicio del poder también en su vertiente positiva, es decir, para llevar adelante cualquier proyecto individual o colectivo, es necesario saber ejercer el poder y hacerlo.

La reconceptualización propuesta, retorna el poder a los individuos que constituyen las sociedades y/o los grupos dentro de ellas, y por lo tanto, obliga a los individuos en este marco, a decidir concientemente sobre la forma de gastar su energía, no sólo en términos individuales, sino más bien, en función de proyectos colectivos y es aquí, donde es necesario establecer las relaciones entre poder, ciudadanía y democracia.

Poder y ciudadanía

Reconociendo que la ciudadanía es una categoría compleja y contradictoria, que significa igualdad frente al estado y desigualdad frente a la sociedad, pero que es extremadamente rica y que recientemente adquiere una enorme importancia en la lucha social y política, propongo retomarla desde la perspectiva del poder, que se ha venido desarrollando.

De acuerdo a la definición de poder, propuesta anteriormente, se puede plantear que el Estado y el Gobierno obtienen el poder porque los ciudadanos lo otorgan. El poder del Estado y del Gobierno no existe en ausencia de los ciudadanos, son éstos la fuente del poder. El Estado y el Gobierno se apropian de este poder y legitiman esta apropiación en función del derecho, del interés público y/o de la nación, hasta el extremo de aparecer frente a los ciudadanos como el verdadero dueño del poder.

El *poder médico*, (que sugiero extender a toda la institución de salud, incluyendo sus trabajadores), no es como lo analizan los Comités d'Action Santé (1970) un poder mítico solamente, sino que deriva precisamente de su conocimiento sobre la vida y la muerte de los cuerpos, que como he venido sosteniendo son el origen y la expresión del poder. En este caso hay una verdadera apropiación de los cuerpos por la Institución.

Por otra parte, el sujeto/ciudadano se construye como tal en medio de las relaciones de poder, primero en la familia y en la sociedad, posteriormente frente al estado y las instituciones. Por ello es necesario incluir a la psicología y al psicoanálisis, para avanzar interdisciplinariamente en la comprensión de los determinantes que construyen al sujeto, en relación consigo mismo y con los demás, para crear así condiciones sociales que permitan *construir* ciudadanos que ejerzan la ciudadanía completa y sean capaces de actuar tanto individual como

colectivamente ejerciendo así, el poder que tienen en función de sus propios cuerpos y mentes.

Poder, ciudadania y democracia

El vocablo "demokratia" fué acuñado en el siglo V a.C., y desde entonces ha sido un concepto político. En la actualidad se ha transformado en la única alternativa visible ante la caída de las utopías. Todos queremos ser democráticos, todos queremos una sociedad democrática, sin embargo el término sigue siendo muy complejo, y por lo tanto sigue vigente la frase de Orwell al respecto, "en el caso de un término como el de democracia, no solamente no existe una definición aceptada por todos, sino que el intento de formularla encuentra resistencia por todas partes. Los defensores de cualquier tipo de régimen pretenden que es una democracia" (Orwell, 1989).

Avanzar en tal conceptualización rebasa con mucho el objetivo de este trabajo, la mayoría de los autores aceptan que la democracia tiene que ver con la organización de la sociedad, con los derechos ciudadanos, con la desigualdad y la inequidad, con los conflictos, con el derecho a la información, con las posibilidades de participación de las mayorías y las minorías, con el respeto al voto, con la representación social, con el parlamentarismo, con la economía, con el acceso al bienestar etc. (Held, 1987 y Boron, 1993).

Todos estos elementos han conducido a adjetivar la democracia, como democracia política, o económica, o representativa, o social, o centralismo democrático y otras (Dahl, 1991), sin que ello haya significado una mayor claridad en su expresión cotidiana.

Más aún, el debate contemporáneo la ubica en Occidente, la democracia es occidental, o tiene sus orígenes en el Occidente, como sostiene Sartori (1989).

En un intento por partir de preguntas simples para repensar los problemas, quisiera plantear más simplemente el problema, y considerarla en forma muy elemental, como el *derecho a disentir* y a ser oído y respetado.

Si *Democracia* etimológicamente quiere decir, poder del pueblo, que el poder pertenece al pueblo y por lo tanto a los hombres en su dimensión individual, colectiva y ciudadana, y si aceptamos que implica el derecho a pensar, disentir y ser oído, entonces, para ser efectiva, requiere de un

espacio social, de leyes que garanticen la libertad de opinión, el acceso libre a la información, el respeto a la legalidad, la libre asociación y reunión de grupos. La democracia necesita un espacio real y respeto a los derechos ciudadanos, para que se diriman los problemas públicos y se construyan los proyectos colectivos, *la democracia es un problema de actividad individual (poder), en función de proyectos colectivos.*

El avance del neoliberalismo en el mundo actual, se caracteriza entre otras cosas, por la pérdida de los proyectos colectivos en aras de una supuesta libertad individual, que se considera necesaria para la democracia. La derrota de los movimientos sindicales es un ejemplo de esta situación; una vez derrotado el proyecto colectivo (sindical en este caso), se negocia a escala individual, a veces mejores condiciones de trabajo y salario. Este es el verdadero embate del neoliberalismo, no sólo se privatizan las empresas, sino también las organizaciones sociales y a veces los espacios públicos.

Lo publico y lo privado

Curiosamente desde los griegos, lo privado era lo que ocurría detrás de las puertas de las casas, lo secreto, lo femenino, lo familiar; posteriormente durante la época feudal, lo privado se asoció a la propiedad, y esta asociación continúa hasta nuestros días.

Lo público, en cambio, pertenecía a todos, pertenecía al pueblo y no era secreto, posteriormente se asoció al Estado, a la Nación, y al Gobierno, y se concibió como lo referente a la propiedad, al derecho y al interés de todos (Barthelemy, 1988, Held, 1987).

Aún con estas definiciones tan simples es necesario recordar que en diferentes etapas de la historia de la humanidad se establecieron diferentes articulaciones entre lo público y lo privado, pero siempre existió una tensión y una contradicción tanto teórica como social entre ambos términos.

Lo que por ahora interesa subrayar es la estrecha relación que existe entre los términos público/privado, sus formas de articulación, los sistemas políticos, las formas de producción y la democracia.

Algunos representantes del neoliberalismo hablan de variedad de opciones (multiple choice), o consideran la democracia como una suma de opiniones de carácter individual, que permiten tomar decisiones de carácter colectivo.

Así, en el ámbito de la salud como un derecho, la "modernidad" ha

cambiado las reglas del juego, la responsabilidad del Estado, pasa a ser más bien supervisora del juego del mercado. Hay sin duda fuerzas sociales que luchan por contrarrestar este camino, entre ellas está la Reforma Sanitaria de Brasil, los cambios constitucionales en México, la defensa del Seguro Social, algunas propuestas de grupos de Estados Unidos para un Sistema de Seguro Social Nacional etc.

Intentaré una aplicación al problema desde la perspectiva que se ha venido planteando.

Articulación público/privada de los servicios médicos y ciudadanía

En el capitalismo es imposible negar o prohibir la existencia de servicios de Atención a la Salud de carácter privado, sin embargo, tambiés parece imposible suponer que la garantía del derecho a los servicios se alcance bajo las leyes del mercado, sobre todo en sociedades tan desiguales como las de los países de la región.

Los Sistemas Nacionales de Salud (SNS), en varios países de Latinoamérica, se organizaron en la década de los 80s, en un contexto de crisis, de elevación de costos de la asistencia médica, de recortes del gasto público y de privatización de la economía. La mayoría de estos países integraron al sector privado como parte del SNS, y sobre ello, se construyó un discurso democrático basado en el derecho a elegir en libertad, el tipo de atención médica que se requería y se empezó a hablar del "mix público/-privado" (WHO/OPS, 1991).

Algunos investigadores preferimos hablar de "Articulación publico/-privado", porque obliga a definir las modalidades que adopta en concreto, la "mezcla o mix" según los diferentes estratos de la población.

Entre los actores sociales que moldean esta articulación esta el Gobierno, los empresarios, las organizaciones sociales y los usuarios, en este momento interesa subrayar el papel de los usuarios en tanto que ciudadanos, en esta articulación.

Uno de los efectos que ha tenido la privatización en este sector, es la de trasladar la atención a la salud, a un problema estrictamente individual, de ciudadano. Por lo tanto es útil y adecuado adoptar una perspectiva ciudadana de ejercicio del poder, tanto en la articulación público/privada, como en la democratización de la salud.

Mix público privado y ciudadanía

La mayoría de los análisis y propuestas del "Mix", parten de un análisis financiero y se acompañan de elementos de programación y control (Who, 1991; Frenk, 1992 y Cruz, 1992), basados en el siguiente esquema:

PRESTACION DE SERVICIOS		FINANCIAMIENTO	
Público	Privado	Público	Privado

y en las casillas se van caracterizando los servicios y sugiriendo políticas para mejorar la universalidad o la equidad de los mismos.

Me parecen interesantes las proposiciones que se han hecho al respecto, pero carecen de un análisis de poder, que es fundamental cuando se quiere hacer modificaciones para el conjunto de la sociedad. No basta, la legislación ni la voluntad de los Gobiernos, sino se cuenta con apoyo de la sociedad y los ciudadanos, para llevar a cabo estos cambios.

Participación popular y salud

En trabajos anteriores (Eibenschutz, 1990), he planteado la participación popular desde la perspectiva del poder, señalando que la verdadera participación puede entrar en contradicción con los intereses de las instituciones de salud y sus trabajadores, ya que se trata también de relaciones de poder. En este sentido me parece importante la creación de espacios donde se discuta y se reconozcan los conflictos de poder, para superarlos, si es posible.

La participación no es la distribución de tareas a la población, tareas que son decididas por los profesionales de la salud, sino las actividades que los ciudadanos en función de sus intereses colectivos e individuales en salud. No es únicamente, estar representados en instancias de decisión y gestión. Es estar con el cuerpo y la mente, ejerciendo el poder de esos cuerpos, en función de sus intereses.

Solamente el control ciudadano en términos de poder individual en asociación de intereses y en proyectos colectivos, lo que puede regular el funcionamiento de los servicios de salud, sean estos públicos o privados. El gran problema es como se logra formar ciudadanos que ejerzan una ciudadanía completa. Este es, en parte, el gran reto político y académico en nuestras sociedades y en nuestros Sistemas Nacionales de Salud.

Democratizar es exigir a las instituciones públicas y privadas y a sus trabajadores, una buena atención a la salud como parte del derecho y del ejercicio de poder ciudadano, es el compromiso a cumplir en el caso de los trabajadores de la salud,es exigir y colaborar en el caso de los usuarios, sin desconocer las contradicciones y dificultades, que esta decisión conlleva.

Referências bibliográficas

BARTHELEMY D., DUBY, G. y DE LA RONCIERE, Ch., 1990. *Historia de la vida privada: poder privado y poder público en la Europa feudal.* Tomo 3. pp. 19-44. Buenos Aires, Taurus.

BORON, A., 1993. Estado, Democracia y Movimientos sociales en América Latina. *Rev. Crisol Num.5*, pp. 15-35, México.

COMITES d'ATION SANTE, 1970. *Contra la Medicina Liberal.* Barcelona, Estela.

COPLESTON, F., 1988. *Historia de la Filosofía.* vol. 4. México, Ariel. pp. 203-218.

DAHL, R., 1991. *Los dilemas del pluralismo democrático.* México, Alianza Editorial.

EIBENSCHUTZ, C., 1990. La Atención Primaria en Salud. *Rev. Salud, Problema y Debate.* II:4. Bs. As. Argentina., pp. 19-25.

______., 1991. Estado y Política Sanitaria. Aproximación teórico metodológica. In Fleury, S. (org.) *Estado y Políticas Sociales en America Latina.* México, UAM-X/FIOCRUZ, pp. 51-78.

______, 1991. *Poder, Salud y Democracia.* Presentado en el II Taller Latinoamericano de Medicina Social. ALAMES. Caracas, Venezuela, marzo- 1991. (mimeo)

FOUCAULT, M., 1980. *Microfísica del poder.* Madrid, Ediciones de la Piqueta.

______., 1989. *El poder: cuatro conferencias.* Col. Libros del Laberinto nº 15. México, UAM-A.

GARCIA CANAL, 1990. *El Loco, el Guerrero y el Artista.* México, PyV/UAM-X.

GARCIA, R. ,1986. Conceptos básicos para el estudio de sistemas complejos. In: Leff. E. (coord.) *Los problemas del conocimiento y la perspectiva ambiental de desarrollo.* México, Siglo XXI, pp. 50-51.

HELD, D. 1992. *Modelos de Democracia.* México, Alianza Editorial.

HIMMLSTEIN, D., y cols., 1989. Un programa nacional de salud para los USA. In: *El debate internacional, Público y Privado en los Sistemas Sanitarios.* Sanidad Pública nº 1, Madrid, FADSP, pp. 202-215.

MORALES MORENO, I., 1988. Pensar el poder sin el Rey ni la Ley: El pensamiento Político de M. Foucault. Sociológica, Año 3, nº 6, pp. 111-138, México, UAM-A.

ORWELL, G., 1989. citado por SARTORI, G. *Teoría de la Democracia. El Debate contemporáneo*. México, Alianza Editorial Mexicana, pp. 22.
SARTORI, G., 1989. *Teoría de la Democracia. El Debate contemporáneo*. México, Alianza Editorial Mexicana.
WHO/SHS/NHO91.2.OPS., 1991. International meeting on the public/private mix in National Health Systems and the role of Ministeries of Health. *Report Cocoyoc*, Mor. México, 22-26 julio de 1991. (mimeo)
ZOLO, D., 1986. El caso Luhmann, en Cupolo M. (Comp.) *Sistemas Políticos: Términos Conceptuales, Temas del Debate Italiano*. México, UAM-A, pp. 173.

Justiça Social e Cidadania da Saúde: para uma Crítica da Moral Sanitária

Romualdo Dâmaso

Cidadania e direitos sociais

A cidadania é a categoria mediacional que dá conta da articulação entre os indivíduos-membros de uma sociedade democraticamente organizada e o aparato estatal, como sua soberana expressão e realização política (Fleury, 1992). Este estatuto mediacional, todavia, não se esgota aí, já que ela está destinada, também, a cobrir o aparente abismo que separa, na dinâmica prática e cotidiana da mesma sociedade, suas instâncias *ético-morais* e *sociopolíticas.* Missão impossível, entretanto, se os cidadãos não exigirem do Estado — ou seja, dos seus dispositivos jurídico-político, institucional e administrativo — a codificação e o exercício da justiça social.

Reportamo-nos a penosas conquistas, ao longo das quais massas de trabalhadores conheceram a doença, a violência, a miséria e a morte; ao longo das quais a maquinaria produtiva e desejante do capitalismo tratou de eludir a perigosa contradição entre as forças produtivas e as relações de produção. E ei-nos ante o prontuário de uma curiosa gestação: fecundada historicamente pela luta mortal, pela exploração e pelo desejo, nossas sociedades deram à luz os direitos sociais.

Sim, as políticas sociais são filhas legítimas das injustiças que as engendraram. Não resultam de um dom, mas de um débito, eternamente inadimplente. Se, por um lado, são consubstanciais à formação do Estado Moderno, por outro põem a nu, no seu próprio exercício, que as sociedades modernas são injustas por sua própria constituição. Ao codificarem termos ético-morais de justiça social, nada mais fazem do que resgatar o título vencido de sua própria vergonha; e o fazem não porque descobriram a compaixão, mas porque seus povos lutaram, lutam e sempre lutarão.

A propósito, acompanhemos um pouco a experiência da sociedade brasileira, na esteira das reflexões de Fleury, que consegue articular toda uma discussão no campo da moral e do direito a uma análise das relações entre Estado e sociedade, perfazendo uma trajetória que vai dos governos populistas anteriores ao golpe militar de 1964 à consolidação do Estado de Direito, consagrado na Assembléia Constituinte e na Carta Constitucional de 1988.

Segundo a autora, "o estilo das lideranças populistas não interpelava os indivíduos enquanto cidadãos, isto é, a partir de uma pauta de direitos e deveres que os vinculasse ao Estado, mas principalmente como povo, parcela da população que carecia de uma proteção especial do governante, intrinsecamente vinculada ao grande projeto coletivo do desenvolvimento nacional" (Fleury, 1992:1).

A questão da justiça social, encravada na própria história da cidadania, está aqui anunciada, já que "a fratura introduzida na relação Estado/sociedade não conseguiu ser compensada pela preservação da mediação introduzida por um conceito de nação originário da teoria militarista de segurança, nem também pelo incentivo a políticas sociais compensatórias de cunho assistencialista" (Fleury, 1992:2).

As esquerdas latino-americanas teriam sido o primeiro ator político a rever suas concepções e a assumir uma proposta efetiva de redemocratização da sociedade. Essa autocrítica decorre "de uma longa trajetória de maturação política e teórica" ao que devemos acrescentar o abundante derramamento de sangue de trabalhadores, estudantes, sacerdotes e intelectuais.

"Os governos militares — enfatiza a autora — foram um cruel aprendizado acerca de que nem tudo que é estatal é público," no sentido de propiciar o aumento do bem-estar da sociedade" (Fleury, 1992:3).

Com efeito, é a constituição, legitimação e socialização dos bens públicos que está no foco do relacionamento problemático que funda a justiça social. Caracterizando a historicidade da cidadania, a autora mostra que esta é, como a democracia, "um tipo ideal que a história real dos homens tratou de problematizar". (p.5) Confirmando que, na sua base, a cidadania pressupõe princípios e instituições de justiça social também elaboradas histórica e socialmente, interroga-a "como o formato concreto da relação de inclusão/exclusão dos indivíduos no interior de contextos nacionais singulares" (Fleury, 1992:5).

Embora tenha brotado no solo liberal-burguês, onde devia "servir à mediação necessária entre cidadãos individualizados e o poder político

situado acima das classes sociais" (Fleury, 1992:2), a cidadania — enquanto categoria ético-jurídico-política — escapou ao domínio do pensamento liberalista, na medida em que veio acompanhando a transformação estrutural do Estado, na passagem do capitalismo concorrencial para o capitalismo monopolista. A passagem do "Estado restrito" ao "Estado ampliado" coloca-nos diante de um Estado plural, que deve articular a diversificação das vontades políticas, reconhecendo nos interesses diversos — e adversos — a sua validação ético-moral e a sua legitimidade sociopolítica.

Marshal apontara — avança Fleury — "para as reformas introduzidas no sistema capitalista, por pressão das classes dominadas que, longe de destruírem este sistema, fortaleceram-no na perspectiva de sua humanização e alcance de maior legitimidade política", enfatizando que a cidadania é um componente chave na consolidação da hegemonia burguesa (Fleury, 1992:3).

O "paradoxo de Marshal" é desfeito pela autora, não por negar o caráter funcional-hegemônico da cidadania burguesa, mas ao relevar "efeitos contraditórios da hegemonia, já que, quanto mais uma classe é hegemônica, mais ela deixa às classes adversárias a possibilidade de se organizarem e de se constituírem em força política autônoma" (Fleury, 1992:3). Isto significa que as reformas resultantes das lutas das classes populares — como as que ampliaram o escopo da cidadania e transformaram a natureza de suas relações com o Estado burguês — não fizeram apenas consolidar a ordem burguesa, mas inauguraram profundas transformações ético-morais e sociopolíticas.

A cidadania inscrita no credo liberal-burguês não contemplava a liberdade e a igualdade em termos de direitos políticos e sociais universalizáveis, mas restringia-as à sua funcionalidade econômica, vale dizer "ao estabelecimento do sistema de troca de mercadorias" (Fleury, 1992:3).

Chegamos aqui ao ponto em que Fleury põe em contato a cidadania com a questão da justiça social, numa inflexão marcada pela intervenção do Estado, em torno de uma pauta de direitos civis e sociais que o mesmo passa a garantir, já que "o mercado nunca foi capaz de dar conta da reprodução da força de trabalho" (Fleury, 1992:9).

Constituem-se, então, conforme a singularidade histórica de cada sociedade, "distintas modalidades de proteção estatal", cuja história é a própria história das políticas sociais, assim como dos critérios de justiça social a elas concernentes.

Universalidade e justiça social

O problema da codificação e do exercício da justiça social se coloca quando se quer garantir, para toda uma coletividade, e para cada um de seus membros, a participação numa partilha na qual todos devem ser — ainda que diferentemente — contemplados, uma vez que a própria disponibilidade daquilo que se reparte resulta do concurso cooperativo — ainda que compulsório — dos participantes. Percebe-se desde logo o *caráter circular* da fórmula geral da justiça social: os princípios que a fundamentam devem preceder às partilhas, mas é a partir da própria decisão de partilhar que eles podem ser formulados.

Embora à primeira vista tal circularidade ameace a coerência da teoria, ela revela, na verdade, o modo de ordenamento ético-moral da sociedade ante o problema das desigualdades, com fortes ressonâncias sobre a sua estruturação sociopolítica. A tentativa mais ousada de uma teorização a da justiça devemo-la a John Rawls (1978) e cujos desenvolvimentos passaremos a acompanhar em detalhe:

1. "A Justiça é a primeira virtude das instituições sociais, tal como é a verdade para os sistemas de pensamento. Uma teoria por vezes econômica e elegante precisa ser rejeitada se não for verdadeira. Do mesmo modo, leis e instituições, não importa quão eficientes e bem construídas sejam, devem ser abolidas ou reformuladas se forem injustas". (Rawls, 1978:4).

Teorias elegantes podem ser refutadas, leis e instituições podem ser abolidas, se não forem verdadeiras — na ciência — e se não forem justas — na sociedade. A validação teórica da justiça assume, em Rawls, o caráter de uma metáfora da produção científica da verdade. O peso do argumento justicialista é todo assegurado pelo valor que o autor atribui à prova científica da verdade. "Sendo virtudes primeiras das atividades humanas, a verdade e a justiça são intransigentes". (p.4) Buscando fundar uma ciência da justiça, ele o faz a partir da atribuição de uma virtude moral à ciência, na qual a verdade é o bem maior a ser atingido. Procurando uma axiomática positiva para a justiça, ele acaba fornecendo uma axiomática positivista para a ciência.

2. Para o autor, a origem da justiça confunde-se com a própria gênese das instituições, como a verdade se encrava na gênese do conhecimento. A sociedade é de natureza basicamente cooperativa, a saber: "uma associação mais ou menos auto-suficiente de pessoas que, em suas relações umas com as outras, reconhecem certas regras de conduta como obriga-

ções e que, em sua maior parte, agem de acordo com elas. Suponhamos ademais que essas regras especificam um sistema de cooperação destinado a promover o bem para aqueles que fazem parte dele" (Rawls, 1978:4).

A justiça está na gênese das instituições porque a cooperação está na gênese das sociedades e com ela se identifica.

Como a sociedade visa, no entanto, promover vantagens aos cooperantes, ela contempla tanto a identidade quanto o conflito de interesses, ou seja, os conflitos são cooperativos.

3. Entretanto, o ordenamento da sociedade só estará completo quando ela é "regulada por uma concepção pública da justiça", ficando evidenciado o conceito rawlsiano de sociedade justa: a-) pelo reconhecimento recíproco e geral, entre os societários, dos mesmos princípios de justiça; b-) pelo reconhecimento de que as instituições de base da sociedade são a própria garantia de satisfação dos princípios compartilhados.

Haveria nas formulações de Rawls uma contradição: a virtude da justiça é atribuida às *instituições* e não às relações intersubjetivas, já que o objeto da justiça são as instituições de base da sociedade, a saber, o seu esquema de cooperação. Isto por um lado; por outro , ele atribui o vínculo social a um contrato entre indivíduos, capazes de deliberar e escolher racionalmente as instituições e os seus fins. A contradição: se as instituições são pré e supra individuais, como atribuir a gênese do vínculo social a um contrato entre indivíduos?

Paul Ricoeur (1987:3) cuida de demonstrar que não existe contradição, desde que não nos fechemos na clássica oposição entre um holismo e um individualismo metodológicos, dos quais os representantes típicos são Durkheim e Weber, respectivamente. As sociedades não são nem supra nem interindividuais, já que o vínculo social, para Rawls (1978), é uma "aventura de cooperação voltada para a vantagem mútua". Elas são, ademais, operadoras gerais de distribuições, constituindo-se assim os indivíduos, desde o início, como participantes, no sentido de que recebem partes de tudo o que é repartido. É por serem originalmente cooperativas e distributivas que as sociedades não são holistas nem individualistas; se a cooperação pressupõe o concurso dos indivíduos, a distribuição pressupõe princípios e regras, universais e legítimas, de repartição equânime.

Superado o problema metodológico da oposição entre as instituições e os indivíduos, podemos examinar melhor a própria proposição dos dois *princípios* da justiça, sendo o primeiro o PRINCÍPIO DA IGUALDADE e o segundo o PRINCÍPIO DA DIFERENÇA, com seus dois postulados, a saber:

1. "Cada pessoa deve ter um direito igual ao sistema mais amplo possível de liberdades básicas; todos os societários têm a mais extensa liberdade compatível com a liberdade dos demais".

2. "As desigualdades econômicas e sociais devem ser tais que:

   a) sirvam ao maior benefício dos mais desfavorecidos, dentro dos limites de um justo princípio de repartição;

   b) devem estar relacionadas a funções e posições abertas a todos, em acordo com o princípio da justa igualdade de oportunidades" (Rawls, 1978).

Rawls exige que esses princípios sejam lidos em ordem "serial", quer dizer, o primeiro deve ser satisfeito antes que (no sentido lógico e cronológico do termo) o segundo seja corretamente posto e satisfeito. Os homens podem ser desiguais, mas essas desigualdades devem ser justas. É claro que Rawls nos deve explicações acerca da justificação desses próprios princípios e é bom recapitularmos a solução por ele encontrada.

Diz-nos o autor que tudo começa por um "acordo original", obtido na condição de um "véu de ignorância", da qual os societários se libertariam através da "escolha racional" das instituições e dos seus fins. Há aqui uma franca obscuridade na teoria: como os sujeitos, na condição inicial do "véu de ignorância" podem efetuar esta *passagem* para a racionalidade das escolhas, capazes de estipular seus interesses e articular-se cooperativamente aos interesses dos demais?

Quanto aos princípios, Rawls os define como "os próprios princípios que pessoas livres e racionais — desejosas de satisfazer seus interesses, numa posição inicial de iguais e que segundo ele, definiriam os termos fundamentais de sua associação" (Ricoeur, 1987).

O raciocínio rawlsiano é construído de modo a identificar JUSTIÇA E EQÜIDADE: "a escolha do princípio da justiça será equânime se a situação original o for. Os princípios de justiça são procedentes de um acordo concluído em uma situação original ela própria equânime". A equanimidade original é garantida, no que respeita aos societários, pelo *caráter ético-moral* da escolha racional por homens livres e iguais; no que respeita à sociedade, ela é garantida pelo *caráter distributivo* da sua estrutura de base, ou seja, das instituições que atribuem direitos e deveres e repartem vantagens econômicas e sociais.

Com efeito, ainda acompanhando Ricoeur (1987:92), as funções de

atribuir direitos e *deveres*, por um lado, e de *distribuir* vantagens econômicas e sociais, por outro, correspondem ao "ponto de aplicação respectiva de cada um dos dois princípios de justiça. Segundo ele — e citando o próprio Rawls — "o primeiro princípio de justiça aplica-se *às liberdades ligadas* à *cidadania* (grifo próprio) e afirma que "essas liberdades devem ser iguais para todos (Cap. II, par. 12). Quanto ao segundo princípio, aplica-se, em primeira aproximação, à *repartição da renda e da riqueza* e *às grandes linhas de organização* que utilizam as diferenças de autoridade e de responsabilidade ou cadeias de comando".

Como vimos acima, Rawls exige uma *ordem serial* na satisfação dos princípios, a saber: que se garanta primeiro a igualdade para, só então, estabelecer diferenças distributivas. O segundo princípio é regido pelo argumento maximin, vale dizer, por um cálculo de mercado — de *bargaining*, diz Ricoeur, ou, em termos próprio mercado, "ganhar menos para perder menos". A regra maximin da justiça é uma transferência, para a esfera jurídico-política, da teoria da decisão e dos jogos na esfera econômica. Ela está, como vimos acima, lógica e cronologicamente — acrescentemos agora, ética e moralmente — subordinada ao princípio das liberdades iguais (primeiro princípio).

Deixemos agora Ricoeur e acompanhemos um pouco a leitura crítica de J. P. Dupuy (1984) sobre a ousada obra de John Rawls. Se ele "quando Rawls se aventura a delinear em termos gerais o tipo de sociedade que se poderia chamar justa em face dos dois princípios, vê-se perfilar uma forma social intermediária entre uma democracia liberal e uma social-democracia autêntica".

"Sigamo-lo nesse terreno — prossegue Dupuy. É ao mercado concorrencial que se confia a inquietação de assegurar que a alocação dos recursos seja eficaz. É preciso ainda que o mercado permaneça bem concorrencial, o que exige a intervenção legisladora (antimonopólio) e reguladora (manutenção dos grandes equilíbrios) do Estado. Ora, a eficácia é uma condição necessária da Justiça que absolutamente não é suficiente. Assim, o mercado remunera o esforço, o trabalho, a competência, a responsabilidade, o risco e a chance, mas ele ignora as necessidades. Eis porque o Estado se encarrega de redistribuir as rendas primárias, através de impostos e transferências, de modo a satisfazer o princípio de diferença, mas também, e prioritariamente, os princípios de igualdade de direitos e de liberdade de oportunidades. Donde a necessidade simultânea, de uma taxação sobre a herança e as doações, para evitar que a fortuna e o poder, concentrando-se, coloquem em perigo as liberdades e a igualdade de

oportunidades; um sistema de transferências em favor dos mais infelizes, assegurando-lhes um mínimo social o mais elevado possível (maximin); além de uma fiscalização justamente distribuída para afiançar essas transferências" (Dupuy, 1984:3).

Justificamos tão longa citação: é que ela traduz, de forma por assim dizer "compacta", o funcionamento articulado e "seriado" dos dois princípios de justiça, evidenciando a subordinação do princípio da diferença — o maximin — aos princípios de igualdade de direitos e de liberdade de oportunidades. Essa subordinação, prossegue Dupuy, é um traço essencial da teoria da justiça: "Rawls sabe muito bem que é mais freqüentemente em nome dos condenados da terra que se suprimem as liberdades e se restabelecem os privilégios" (Dupuy, 1984:2). A justiça social rawlsiana é, porém, inecontrável: trata-se de um sistema filosófico que busca completude, coerência, rigor, um "labor universitário", que tem a seu favor a sistematicidade lógica e conceitual. Dupuy opõe, em outra parte de sua exposição, a elegância daquela construção teórica às representações correntes, concernentes à justiça social e a conclusão a que chegamos, afinal, é de que ela não está destinada a dar conta de nenhuma situação encontrável na labuta cotidiana dos homens, nos seus desejos de justiça. Trata-se, mais propriamente, da *codificação formal de uma moral justicialista,* bem aos moldes kantianos e bastante semelhante ao que nos legou Weber com os seus "tipos ideais".

O que devemos perguntar-nos é se uma moral, qualquer que ela seja, — já que não se pode falar da moral nas nossas sociedades eminentemente desigualitárias, pluralistas, com sua enorme variabilidade institucional — é outra coisa que não um sistema normativo formal: a formulação e codificação de sistemas normativos não estipula conteúdos que garantam a sua satisfação. As normas são elaboradas sobre tácita abstração ante a realidade. A norma não pode ser nada mais que uma referência para o julgamento das situações práticas decisivas; é preciso reconhecer, todavia, que as sociedades, assim como os indivíduos, societários e cidadãos — carecem desses sistemas de referência, que configuram seus *universos simbólicos*. Os sujeitos ético-morais e sociopolíticos constituem-se simbolicamente. Sem a *Lei ético-moral* e a *Regra sociopolítica* não existe horizonte possível para o homem.

Lei símbolo — responsabilidade

Foucault (1984:26), em sua magistral *História da Sexualidade* apresenta-nos os três níveis em que se articula a constituição de uma moral. Diz ele:

> *"Por moral entende-se um conjunto de valores e regras de ação impostas aos indivíduos e aos grupos por intermédio de aparelhos prescritivos diversos, como podem ser a família, as instituições educativas, as Igrejas, etc".*

A proliferação dessa malha normativa é simultânea à própria irradiação institucional — as instituições são sistemas regulamentares articulados a base materiais — e esse é o modo como vão se implantando processos disciplinadores por toda a topografia social. E prossegue:

> *"Porém, por 'moral' entende-se igualmente o comportamento real dos indivíduos em relação às regras e valores que lhes são propostos: designa-se, assim, a maneira pela qual eles se submetem mais ou menos completamente a um princípio de conduta; pela qual eles obedecem ou resistem a uma interdição ou a uma prescrição; pela qual eles respeitam ou negligenciam um conjunto de valores".*

O primeiro nível é o da codificação moral, este segundo momento sendo propriamente a instância ética, ou seja, aquele em que as prescrições morais fazem-se traduzir em comportamentos práticos. O mecanismo de funcionamento normativo, porém, não termina aí. Completa Foucault:

> *"Mas não é só isso. Com efeito, uma coisa é uma regra de conduta; outra, a conduta que se pode medir a essa regra. Mas, outra coisa ainda é a maneira pela qual é necessário 'conduzir-se', isto é, a maneira pela qual deve-se constituir a si mesmo como sujeito moral, agindo em referência aos elementos prescritos que constituem o código. Essas diferenças (...) concernem ao que se poderia chamar de determinação da substância ética".*

Como o autor bem frizou, os indivíduos "se submetem mais ou menos completamente" aos princípios de conduta; eles obedecem ou resistem a uma interdição ou prescrição; eles "respeitam ou negligenciam um conjunto de valores". Mesmo comportando-se aparentemente em confor-

midade com os códigos, no seu foro subjetivo podem recusar o acolhimento das normas. As sociedades humanas, têm, então, que estabelecer "meta-instituições", cuja única função é manter dentro de limites aceitáveis — da perspectiva de integração do conjunto — a coerência entre códigos, comportamentos e subjetividades. Essas meta-instituições constituem o seu ordenamento jurídico-legal e são responsáveis pela administração da justiça.

A normalização da vida social obtém-se pela recorrência entre as instituições de base da sociedade e sua racionalidade meta-institucional. Os fundamentos dessa racionalidade, por sua vez, encontramo-los não num corpo transcendente de codificações universais, mas numa movimentação estrutural ligada a padrões organizacionais evolutivos. Todavia, quando determinada sociedade vê multiplicar-se indefinidamente a IMPUNIDADE — através de toda sorte de trucagens, arranjos astuciosos e subterfúgios —, ela está ameaçada na base mesma de sua integração, as normas perdem legitimidade, o Estado perde o poder político, a política perde representatividade, a sociedade perde o governo, o desgoverno da sociedade encaminha-a para o *crack* institucional.

Perguntamo-nos aqui sobre o nível de evolução ético-moral de uma sociedade que só se mantém estruturada sobre a base do recurso à punição física e moral, enquanto elabora leis formais referenciadas a critérios universais de justiça.

Acautelemo-nos, todavia, diante do formalismo justicialista como aquele de John Rawls, justiça impossível, justamente porque põe nas origens do social uma pretensão cooperativista, enquanto a história concreta dos homens e de suas guerras não nos mostra um social eivado de benignidade. Freud já nos mostrara como os homens renunciam a parte de seus desejos para criar uma ordem comum: não exatamente movidos pelos impulsos amorosos, mas para evitar a mútua destruição, se todos se pusessem na posição de exercer plenamente o próprio gozo. Ainda mais, tal renúncia só é aceita sob a condição de que as regras incluam — e protejam, através de instituições especiais, como a polícia — sua supressão temporária (Freud, 1921).

O idealismo rawlsiano da justiça é tributário, na verdade, dos imperativos categóricos de Kant, um convicto moralista que jamais abandonou os pórticos de sua cidade natal, e cuja única experiência de sociabilidade consistia em banquetear frugalmente com alguns amigos cuidadosamente escolhidos. Foi o mesmo Kant da "paz eterna" que escreveu:

1º — Age sempre de tal modo que a tua máxima se possa erigir como lei universal;

2º — Age sempre como se fosses simultaneamente legislador e sujeito na república das contades;

3º — Age sempre de tal modo que trates a Humanidade, tanto na tua pessoa como na do outro, como fim e não apenas como meio (Kremer - Marietti, 1982).

Mais agudo ainda que o de Freud é o verbo maldito de Nietzsche, dedicado a fazer a genealogia — muito mais do que a história — desses valores morais que nos são dados como "origem" (ursprung), quando na verdade não são mais do que astuciosas "invenções" (erfindung) (Nietzche, 1985) Como escreveu Foucault (1987):

"Fazer a genealogia dos valores, da moral, do ascetismo, do conhecimento não será, portanto, partir em busca de sua origem, negligenciando como inacessíveis todos os episódios da História; será, ao contrário, demorar-se nas meticulosidades e nos casos dos começos; prestar uma atenção escrupulosa à sua derrisória maldade; esperar vê-los surgir, máscaras enfim retiradas, com o rosto do outro; não ter pudor de ir procurá-las lá onde elas estão, escavando os *bas-fond; deixar-lhes o tempo de elevar-se do labirinto onde nenhuma verdade os manteve jamais sob guarda"*.

As sociedades humanas, em seus "começos", sempre marcaram com sangue o vigor de suas leis. Os homens não são espontaneamente dóceis ante os procedimentos de moralização, como nos mostrou Nietzsche (1985:31):

"Noutro tempo, quando o homem julgava necessário criar uma memória, uma recordação, não era sem suplícios, sem martírios e sacrifícios cruentos; os mais espantosos holocaustos e os compromissos mais horríveis (como o sacrifício do primogênito), as mutilações mais repugnantes (como a castração), os rituais mais cruéis de todos os cultos religiosos (porque todas as religiões) foram em última análise sistemas de crueldade, tudo isto tem a sua origem naquele instinto que soube descobrir na dor o auxílio mais poderoso da memória".

É penoso o processo pelo qual se constitui este "animal que tem memória" — bem antes de ser "racional" e "político", como na divina filosofia grega — primeiramente, marcar e mutilar o corpo; em seguida, enclausurá-lo, isolá-lo e condená-lo ao ócio; finalmente, sequestrá-lo no interior das fábricas e explorar o seu trabalho. Prazer de ver sofrer, prazer de excluir, prazer de explorar. Fruições da moral, história bem narrada dos gestos e procedimentos que efetuaram as partilhas entre o bem e o

mal, o puro e o impuro, o certo e o errado, deixando um vazio e um abismo na brecha que os separa. História da justiça contada pelo diabo e não pelo bom Deus.

CASTIGO (de *casto*, castidade), é a palavra que designa uma purificação, como a de mutilar o corpo ou torturar a mente, para salvar a alma. Mas sabemos que Deus não é mais do que o imaginário de uma justiça suprema, que estimula e dissimula toda sorte de exercícios do poder. A propósito, escreve Kremer-Marietti (1982:85):

"Estudando a genealogia da justiça, Nietzsche encontra-a no processo da vingança, que restitui o poder lesado ou prejudicado. No cerne da justiça como instituição e como equivalente conceptual e mesmo como valor moral, o que importa ver, para lá do espetáculo e da propaganda, é a troca. Em primeiro lugar, admite-se a existência de forças; perdido o equilíbrio, surgem duas possibilidades simultâneas de reequilíbrio: a *dívida* do devedor que deve pagar de qualquer modo para restabelecer o peso da 'troca', ou a *vingança* do credor que, por outro lado, reclama e persegue, não só por ter sido cometida uma 'injustiça', mas porque exige a reparação da sua força material ou do seu bem espiritual: o seu prestígio. Assim, Nietzsche insiste em denunciar o 'tenebroso negócio' da 'justiça' que 'descende' do mundo das idéias".

Kremer-Marietti está narrando, nesta passagem de seu texto, os procedimentos de reparação encontrados por Nietzsche em sociedades antigas, onde o devedor, não tendo nada a dar em troca do prejuízo causado, como a vida, a liberdade ou a mulher, entrega seu próprio corpo ao credor, para que este possa arrancar-lhe dentes, braços, pernas, "uma libra de carne" etc.

Genealogia da Moral, diz Nietzsche (*apud* Kremer — Marietti, 1982:47):

> *"Um terreno só pode ser preparado para a moralidade a partir do momento em que uma grande personalidade coletiva, por exemplo a sociedade, o Estado, submete os indivíduos, isto é, os arranca ao seu isolamento e os organiza em associações. A moralidade surge depois do constrangimento, mantendo-se ela própria constrangida durante um certo tempo, e todos se lhe submetem para evitar o desprazer. Mas tarde torna-se costume depois obediência, por fim quase instinto: então, como todos os comportamentos naturais e há muito habituais, está ligada ao prazer — e recebe o nome de virtude".*

E não poderia deixar de se nietzsheano o arremate desta exposição nada rawlsiana da justiça, de Kremer-Marietti (1982:86):

> *"Em contrapartida, no meio dos imperativos categóricos do 'velho Kant', o que se encontra é essencialmente sangue derramado, gritos de tortura, aquilo que Nietzsche ousa escrever explicitamente: a fruição, isto é, neste caso o prazer de ver sofrer ou de fazer sofrer".*

Enfim... o sujeito e o simbólico na ética e na política

O homem fala porque o símbolo o faz homem (Chomsky), mas o homem não entra no simbólico, se não *fala*. É falando que ele se torna SUJEITO, *sujeito da pulsão e sujeito da política*: mas devemos desde logo fazer passar a noção de sujeito pelo crivo do simbólico: SIN-BÓLICO, "lançar ao mesmo tempo", "aquilo cujo sentido se completa n'outro lugar". Nada de confundir o sujeito aqui referido, por exemplo, com o sujeito da oração, sujeito da consciência, da razão, da "boa" consciência, o mesmo sujeito do "Eu penso" cartesiano, que sabe o que diz e o que faz, por isto existe... Nada também de cair no extremo irracionalista de um sujeito para sempre assujeitado, seja pelas pulsões, seja pela ideologia — à moda althusseriana de um sujeito "sem processo (s) nem fim (s)". Falaremos aqui de um Sujeito que ascende à *verdade do político*, mas que ascende à *verdade do desejo*. Nos dois casos, dissipar ilusões: por em causa o *sujeito-cidadão*, livre do determinismo sociopolítico, ao reconhecer o seu *dever* para com a cidade, a comunidade, a sociedade, que ele *pode* então transformar na *sua* cidade, na *sua* comunidade, na *sua* sociedade; pôr em causa o *sujeito-ético*, livre do descontrole pulsional, ao reconhecer o seu *dever* para consigo próprio, *podendo* então dizer: "isto é bem o meu desejo". Afinal, na subjetividade radical, ser livre é fazer o que *se deve*.

Avancemos, então, em direção ao dever e à liberdade. Foi Lacan, herdeiro de Freud, quem descreveu a "entrada no simbólico", por um processo que ele designa "o estágio do espelho". Digamo-lo, então: trata-se do processo ao longo do qual o "pequeno animal" — uma esperança humana — dá entrada na ordem simbólica ao reconhecer o nome-do-pai (símbolo, a lei), deslocando-se desde uma relação simbiótica e especular com a mãe — cujo desejo ele desejava — para a aceitação do lugar do *Outro*, que lhe *diz*: "esta mulher não lhe pertence". Esta entrada em cena do "terceiro personagem" representa — para o agora sujeito — sua per-

tinência a uma LINGUAGEM e a uma COMUNIDADE. O que Lacan descreve em sua obra como "o Estágio do Espelho e a Constituição do Sujeito" dá conta desta transformação, a saber:

- no primeiro momento a criança, diante do espelho, não percebe que está ali refletida uma imagem; ela tenta tocá-la, como se fosse uma outra pessoa, estranha a ela;
- no segundo momento, ela percebe que está ali uma imagem refletida, mas não consegue diferenciar a sua imagem da imagem do corpo da mãe, que a sustém;
- no terceiro momento, finalmente, ela percebe não só que se trata de uma imagem, mas que se trata de *sua* imagem, a imagem do seu próprio corpo, diferenciado do corpo da mãe e que reconhece como totalidade diferenciada de outras totalidades (Lacan, 1966).

Descrevemos, na verdade, o acesso à *consciência moral* para além — ou aquém — de toda artificial dicotomia entre individual e coletivo, subjetivo e objetivo:

> *"Distinguem-se geralmente a lei moral e a lei política. Além disso, os antropólogos distinguem as leis de estrutura das sociedades que analisam estruturalmente. Os lingüistas, por seu lado, explicam-nos qual a legalidade inconsciente que legisla as linguagens e, em particular, a língua que falamos na sociedade em que vivemos. É preciso admitir, nesta combinação de descobridores de leis, a psicanálise lacaniana, que se mostrou sensível ao impacto da lei da linguagem na qual entram todas as crianças ao completarem o primeiro ano de existência e, ao fazê-lo, entram numa sociedade humana pela lei da tribo que a partir daí vão partilhar e na qual são, durante a sua educação, parte essencialmente interessada, empenhando à sua volta todos aqueles que estejam por assim conscientes dos deveres que lhes impõem os direitos deste novo impetrante da comunidade". (Kremer - Marietti, 1982:15)*

Daí a enorme vitalidade das investigações antropológicas que tomam a seu cargo descobrir e analisar os *efeitos simbólicos* constitutivos das comunidades humanas, operando verdadeiras anamneses da alma coletiva e, por isso mesmo, tendo oferecido a Freud inesgotáveis fontes de preciosas informações:

> *"Freud suscitou inúmeras interrogações em Totem e Tabu, colocando alguns dos seus sucessores na via de uma antropologia psicanalí-*

tica; mas, acima de tudo, o que ele fez foi apresentar de maneira diferente aqueles que são observados, apresentá-los não do exterior mas do interior, alinhando do mesmo lado os doentes atingidos de neurose obsessiva, o sujeito moral que se interroga na angústia e o 'sujeito' da (à) interdição tabu. A interdição tabu e o mandamento moral são, para ele, idênticos como lei moral, mas também do ponto de vista estritamente psicológico. (...) Ora, onde reside o escândalo desta comparação? Na verdade, assentará provavelmente no preconceito de admitir uma interioridade, isto é, na possível interiorização das leis formais de estrutura social, apontadas, nas suas análises, pelos antropólogos". (Kremer - Marietti, 1982:17)

Avancemos mais em direção à consciência moral. Apoiaremo-nos, para esta finalidade, no cotejo efetuado por Bárbara Freitag-Rouanet (1991) entre Durkheim e Jean Piaget em torno da questão da moralidade.

A autora mostra como o positivismo sociológico de Durkheim se construiu a partir de uma sacralização do social, na qual os imperativos categóricos de Kant são substituídos pelos imperativos da sociedade, concebida esta como a expressão máxima da evolução moral humana: "age como as normas sociais o prescrevem".

"A sociedade passa a ser a origem e o princípio regulador de toda a vida individual e social, científica e moral, a razão de ser, o árbitro e a finalidade última de toda ação humana, individual e coletiva. (...) A sociedade expressa sempre o mais verdadeiro, o melhor e mais justo que a mente humana foi capaz de produzir". (Freitas - Rouanet, 1991:19)

Durkheim encontra, nos seus estudos sobre a divisão social do trabalho em diferentes sociedades e em sucessivos estados evolutivos, duas formas básicas de solidariedade, dois estágios de evolução normativa, que se farão corresponder também a duas modalidades de codificação jurídica e de exercício da justiça. A "maturação" de uma sociedade implica toda uma *pedagogia da modernização,* como a passagem de uma infância social obscura para uma maturidade social esclarecida. Não nos esqueçamos que Durkheim se arroga a fundação de uma sociologia positiva, contemporânea do iluminismo filosófico e discípula cognitiva das ciências naturais do seu tempo. O esquema seguinte é ilustrativo:

Tipo de Sociedade	Tipo de Solidariedade	Percepção da Norma	Modalidade do Direito
Simples/ Antiga	Mecânica/ Biológica	Heterônoma/ ingênua	Punitivo /impositivo
Complexa/ moderna	Orgânica/ social	Consciente	Restitutivo/ Contratual

A interpretação deste esquema está nas palavres de Freitag-Rouanet (1991:20).

"Diferentes formas de divisão do trabalho geram diferentes formas de solidariedade: as sociedades simples, em que a divisão do trabalho se restringe à divisão de tarefas entre sexos e idades, produzem a solidariedade mecânica. Sociedades complexas, em que a divisão das tarefas abrange os setores de produção e as atividades profissionais, produzem a solidariedade orgânica. No primeiro caso, a solidariedade é analisada na forma do direito punitivo, no segundo, na forma do direito restitutivo". A solidariedade mecânica impõe uma percepção da lei como fato heterônomo, imposto autoritariamente ao indivíduo, o qual é passível de punição não para repor o dano causado à coletividade, mas para reafirmar diante dela a validade inexorável da norma. A punição tem efeito demonstrativo e, em geral, o castigo é publicamente exposto. Já na solidariedade orgânica prevalece o direito restitutivo, sobre a base de um contrato entre partes agora autônomas. A partir da reciprocidade dos direitos, a aplicação das normas é repositora dos danos, ao mesmo tempo em que lembra ao sujeito de suas responsabilidades ante os outros sujeitos. O direito que pauta estas relações é de natureza privada, mas é orgânica a solidariedade que ele propicia, pois restitui ao mesmo tempo o dano e a validade contextual do todo social.

Ao idealismo justicialista de Rawls podemos agora anexar o idealismo sociologista de Durkheim: a sociedade sendo boa e benigna em sua natureza, feita pela e para a solidariedade, não tem que dar conta de nada daquilo que, na história humana, nega frontalmente sua positividade inefável. Fenômenos como a guerra, o suicídio, a tortura física e psíquica, a anomia, o despotismo, a exploração, o extermínio, não podem ser, portanto, sociais. São mazelas da natureza humana, que deve ser educada para a vida em sociedade. uma natureza humana perversa e corrupta deve-se fazer suceder, pedagogicamente, uma *natureza social* intrinsecamente boa, justa e verdadeira. Afinal, ele não tem como dar conta de sua própria contradição: a prevalência, até os dias atuais, em nossas moder-

níssimas sociedades, da prática do direito punitivo — e cujo caráter sangrento nos revelou Nietzsche, deverá, com certeza, ser atribuída a essa PEDAGOGIA DA MORAL: educar um animal que tenha memória e que possa prometer:

"Educar um animal que possa *prometer* — não é esse o paradoxo em que a Natureza assumiu a tarefa a propósito do homem? (...) Esta tarefa de educar uma animal que possa prometer implica (...) *tornar* primeiramente o homem até certo ponto necessário, uniforme, semelhante entre os semelhantes, regular e, por conseguinte, avaliável". (Nietzsche *apud* Kremer - Marietti, 1982:47)

Durkheim preconizou dois momentos, duas fases, dois estágios na evolução da moralidade social, um esquema dualista que Piaget, como veremos adiante, retomou nos seus estudos sobre o desenvolvimento da consciência moral na criança:

1ª — a fase *mecânica*, caracterizada pela exterioridade impositiva e punitiva das regras;

2ª — a fase *orgânica*, caracterizada pelas regras obtidas por contrato, universalmente válidas, aceitas e reconhecidas por sujeitos sociais livres e iguais.

Piaget considera extremamente simplista o esquema durkheimiano, ampliando-o, modificando-o e despindo-o do seu caráter determinista, no que diz respeito à sua incidência sobre os sujeitos. Ele parte, segundo Freitag-Rouanet (1991:26), da existência "de vários tipos de moral válidos simultaneamente na sociedade, o que impõe à criança a difícil tarefa de conscientizar-se simultaneamente de uma ou outra, assimilando-as ou rejeitando-as". O sujeito ascende, segundo ele, a elevados graus de independência ante as leis e regras estabelecidas.

> *"O que para Durkheim são fatos sociais (coisas) que se sucedem, caracterizando a evolução (histórica) das sociedades, são para Piaget estágios de consciência, construídos e reconstruídos pela criança num permanente trabalho do pensamento e do conceito (psicogênese)".*

Quer se trate da moralidade mecânica, quer se trate da orgânica, o que encontramos em Durkheim é a necessidade de que toda a pedagogia social seja voltada para o disciplinamento e a obediência às regras. Para Piaget, essa prescrição corresponde apenas a um estágio — o mais primitivo — na formação da consciência moral, caracterizado pela radical heteronomia das regras, e que tende a desaparecer com o acesso à *autonomia* moral. Prossegue Freitag-Rouanet. A adesão ao grupo, vital na concepção

de Durkheim, embora indispensável para Piaget, não é o motor crucial da moralidade, dando lugar a uma elaboração onde se releva a cooperação entre iguais, assim como toda uma inventiva comunicacional e argumentativa, ao longo da qual se desenvolve a consciência moral dos sujeitos. O grupo social não sendo condição *sine qua non* da moralidade, esta não se apóia na pedagogia moral das regras sociais, mas principalmente em processos cognitivos mais complexos, nos quais são investidas as operações da língua, da lógica e da consciência.

O processo de autonomização moral em Piaget é — ao contrário de Durkheim, que exige a subordinação do indivíduo às regras sociais e ao grupo — "um processo de maturação e descentração, em que o sujeito se emancipa da autoridade da regra, da coerção do grupo, e forma autônomamente os seus padrões de julgamento e concepção das regras (ideais), sem interferência de terceiros". (p.27). Para Piaget, o sujeito moralmente autônomo "julga as regras que o julgam" e tem a possibilidade de mudá-las, argumentando com o grupo sobre a sua validade, valendo-se, para tal, do seu acesso ao *simbólico* e à *fala*, no interior de sua comunidade lingüística.

A escola piagetiana, especialmente devido à contribuição de seu discípulo Lawrence Kohlberg (22) — que municiou-se de novas investigações empíricas sobre o julgamento moral, não só infantil, mas também adulto — legou-nos uma descrição em três estágios, que nos aproxima melhor do conhecimento de nossas relações com as regras, a saber: o estágio *pré-convencional*, o estágio *convencional* e, finalmente, o estágio *pós-convencional*, assim revistos:

> *"Deste modo, o nível pré-convencional exprime o fato de que a criança ainda não se dá conta do caráter convencional da regra, aceitando-a como um fato da natureza ou ditame de alguma autoridade, fora de sua consciência. No segundo nível (convencional), o caráter convencional da regra, decorrente de uma cooperação consensual dos membros do grupo é reconhecido e respeitado. E, finalmente, o terceiro nível (pós-convencional) reflete o fato de que o adolescente/adulto já abstrai do caráter consensual e convencional da norma, que ele conhece e reconhece em todos os detalhes, o seu aspecto ideal, orientando-se, graças a essa abstração das normas e regras habitualmente praticadas, por princípios éticos próprios e autônomos" (Freitag-Rouanet, 1991:39).*

Freitag-Rouanet vai conduzir-nos, por essa via, até Habermas, que nos aporta os fundamentos de uma ÉTICA DISCURSIVA, elaborada em torno do critério da ARGUMENTAÇÃO, aberto a todos os participantes do

discurso prático, como fundamento mestre da validação e universalização de qualquer regra, norma ou procedimento. Os próprios imperativos categóricos de Kant não podem ter a pretensão de estabelecer-se como critérios morais puros e absolutos. Também eles são universalizáveis, sob a condição dessa ética discursiva. E assim estão formadas as bases para um radical e vigoroso critério de justiça:

> *"A ética discursiva se articula nos dois princípios que sempre constituíram o corpo da questão da moralidade: a justiça e a solidariedade. A justiça se obtém buscando, através dos processos argumentativos conduzidos pelos integrantes do discurso prático, a norma que defende a integridade e a invulnerabilidade da pessoa humana. Esse objetivo ou valor (buscado processualmente) somente se efetiva no grupo social que, através da solidariedade recíproca, assegura o bem-estar de todos. A dignidade da pessoa somente pode ser realizada no grupo que concretizar o respeito mútuo e o bem-estar de cada um, assim como a autonomia do sujeito depende da realização da liberdade e solidariedade de todos". (Freitag-Rouanet, 1991:45)*

Do até aqui exposto, vemos que a realização do *Sujeito-Cidadão* é uma conquista árdua, não porque tenhamos que empunhar armas e nos digladiarmos entre nós — como nas antigas guerras revolucionárias, que tanto sangue derramaram —, mas porque devemos ascender ao *simbólico-ético* e ao *simbólico-político,* ou seja, à linguagem, o discurso e a fala. Chegamos a um tempo em que a nossa melhor arma é o VERBO. Enquanto um de nós estiver privado de usa fala — fala sobre a doença, fala sobre a violência, fala sobre a miséria — a cidade estará incompleta, e estaremos estancados naquela sociedade grega eivada de todo um discurso sobre a cidadania, porém obtido às custas da exclusão dos estrangeiros, dos escravos, das mulheres e das crianças.

A cidadania da saúde

Falemos, pois, sobre a doença e sobre a moralidade da saúde, não havendo como fazê-lo sem uma pronta referência ao que o psicanalista francês Jean Clavreul chama "A Ordem Médica" e que dá título ao seu livro, editado no Brasil em 1983. Na apresentação da obra, o médico — também psicanalista — brasileiro Marco Antônio Coutinho Jorge afirma:

"Enquanto representante hodierno típico do discurso da ciência — representante que possui uma incidência direta, maciça sobre o quotidiano de qualquer indivíduo — o discurso médico prima por excluir a subjetividade tanto daquele que o enuncia quanto daquele que o escuta. Daí a pretensa objetividade do cientista que, na verdade, está calcada na abolição da subjetividade do autor. (...) O médico só intervém e só fala enquanto lugar-tenente da instituição médica, enquanto funcionário, instrumento do discurso médico. O médico só existe em sua referência constante ao saber médico, ao corpo médico, à instituição médica. Ele se anula enquanto sujeito perante a exigência de objetividade científica. O médico só se autoriza por não ser ele próprio, por ser ele próprio o menos possível".

Segundo Coutinho Jorge, não é ao doente — o Ser doente que o médico se dirige, mas "ao homem presumidamente normal que ele era e que deve voltar a ser" (p.12).

A ordem médica, segundo Clavreul, lança suas raízes na Antiguidade grega, especialmente em Hipócrates, não ao acaso considerado o "pai" da medicina; mas a ordem hipócratica é uma ordem jurídica e moral, ela não fala do Ser, mas do Deve-ser — continua Coutinho Jorge — "e os meios do direito, as sanções, destinam-se a fazer com que cada um aceda a ele (...). O homem (...) é o homem em boa saúde, aquele ao qual cada um acederá, se seguir as prescrições da razão médica". (p.13)

A prescrição médica é o correspondente — na medicina — do que é a sanção legal no campo jurídico: "aquele cujo organismo se afastar da norma instituída pela ordem médica receberá a sanção que se destina a fazer com que ele retorne ao interior da norma" (p.14). Sanção terapêutica, portanto, já que o doente não deixa de ser, segundo esta ordem, um criminoso, não contra si próprio, mas contra esta própria ordem.

A terapêutica, ao lado da educação, como vimos em Durkheim, constitui um pilar axial sobre o qual se elabora e se sacraliza a moralidade heterônoma de nossas sociedades (Canguihem, 1966), fato que é confirmado por Clavreul (1983:74):

"Desenvolvendo seu discurso que tem como objeto as doenças, a medicina contribui, portanto, para constituir o estatuto do homem 'normal' Identificando um número cada vez maior de doenças, caracterizando-as em sua sintomatologia, combatendo-as, a medicina foi admitida entre as disciplinas que contribuem para a constituição de nossa civilização. Ela tornou-se, mesmo, o modelo no qual os ideais que ela preconiza se acham representados".

Enunciando o discurso de uma disciplina moral por excelência, "o médico não se dirige ao doente, mas ao futuro homem são, e se resta muito pouca saúde nele, ele tomará decisões em seu lugar, fará pressão sobre a família, eventualmente fará com que o internem". A medicina não conhece — não pode conhecer — fracasso, sendo-lhe a morte completamente estranha e alheia à sua responsabilidade, correndo por conta da "não reação" do doente. Temos disso o exemplo precioso do ex-presidente brasileiro Tancredo Neves que, após sete cirurgias intestinais infrutíferas e debilitadoras, impondo-lhe uma martírio que beirou a crueldade, veio a ser considerado "não reativo" e acabou por falecer. E os brasileiros tiveram de ouvir, atônitos: "as cirurgias foram um sucesso, mas o paciente morreu".

Mas ordem médica persiste, praticamente intacta, desde Hipócrates, diz Clavreul (1983:75):

> *"A medicina, graças a Hipócrates, saiu das receitas mais ou menos satisfatórias reclamadas às vezes pelos doentes. Ela estabelece a saúde como um dever que se impõe a todo cidadão. O doente está aí apenas como informante sobre o estado de um corpo enfraquecido. Ele é presumivelmente cooperador com o médico na medida em que pode se identificar com os ideais propostos pela medicina. Mas é pela mesma razão que o acusado é por definição presumivelmente inocente. Não se negligenciará, neste caso, a imposição dos pontos de vista da ordem médica, como se impõe ao delinqüente a submissão às leis do país. A liberdade se acha definida como a aceitação da ordem. É certo que esse discurso, particularmente convincente quando se trata da medicina, não poderia ser recolocado em causa se a própria noção de liberdade não se achasse hoje em questão".*

É justamente em nome deste questionamento atual da liberdade — especialmente perante os temas da cidadania, da moralidade autônoma e da ética discursiva — que retomaremos a discussão da SUBJETIVIDADE na saúde e na doença, confrontada com o império de uma ordem médico-social que reduz à impotência o próprio Estado e seus aparatos jurídico-legal, político, institucional e administrativo. Ante a ameaça da degeneração e confrontados com o medo da morte, os legisladores, os governantes e parlamentares, os representantes institucionais e os prestadores de serviços têm que render-se às regras e procedimentos de uma heteronomia terapêutica generalizada. Não encontramos ainda nas políticas públicas de saúde — a não ser recentes e incipientes tentativas de

desinstitucionalização de serviços no campo da saúde mental — esforços destinados a promover uma autêntica evolução ética fundada no critério principal de auto-responsabilidade. Não soubemos ainda repensar a forma e a função do Estado ante um sujeito-cidadão-da-saúde, incitado, pela sua subjetividade ética radical, a romper com toda e qualquer forma de determinismo terapêutico.

Clavreul (1983:47) apontou muito bem esta impotência do Estado:

> *"às vezes, a opinião pública se comove quando um prodigioso arsenal técnico se movimenta para prolongar a vida e conseqüentemente os sofrimentos de algum velho célebre. Recentemente, um dos ditadores mais cruéis e mais poderosos, assim tratado, não pôde senão murmurar: 'vocês não acham que estão abusando de mim?'. E, no entanto, quem poderia duvidar do autoritarismo de Franco, da competência e devotamento de seus médicos, dirigidos por um célebre cirurgião, seu próprio genro? A ordem médica é mais poderosa que o mais poderoso ditador, e, às vezes, tão cruel. Não se pode resistir a ela porque não se tem nenhuma 'razão' a lhe opor".*

E não poderíamos deixar também de registrar o desespero de nosso ex-presidente Tancredo Neves que, já à beira da morte — enquanto toda a população só fazia pedir a Deus pela sua cura — agarrou-se ao límpido avental branco do cirurgião-chefe e rogou: "Doutor, pelo amor de Deus, cure-me!".

É bom falar dos poderosos — detentores do bastião da lei jurídico-política — e que, diante da responsabilidade ética consigo próprios, reduzem-se à condição de qualquer pobre mortal que perambula pelas ruas.

Decididamente, não é mais aceitável que, especialmente diante dos alarmantes quadros de agravamento das patologias individuais e coletivas, que se continue afiançando práticas custosas e exclusivamente alopáticas (leia-se "alheias") de cuidado pela vida. É espantoso constatar que obras como a do quilate daquela realizada por Illich (1981) continue relegada aos fundos das prateleiras, já que está demonstrado, à exaustão, o processo pelo qual se produz a IATROGENIA TERAPÊUTICA e ESTRUTURAL, a qual deve ser atribuída, fundamentalmente, ao fato de que a medicina se transformou, em nossos dias, num conjunto de tecnologia fragmentária e de alto custo, inacessíveis para o comum dos mortais.

Ao incorporar, sob a forma de técnicas de intervenção, as descobertas da física, da química e da eletrônica, a partir do séc. XIX — como a lente, o microscópio, a anestesia, o antibiótico —, a medicina perdeu o

critério de correspondência entre a biofisiologia e a tecnologia, perda esta que traz graves conseqüências éticas; a possibilidade de devassar e esquadrinhar os corpos de sujeitos-vítimas de uma rendição não gera apenas uma dissimetria radical na ordem do poder, mas conduz principalmente à ilusão generalizada de que a vida possa ser garantida por expedientes estranhos e de sujeitos privilegiados por um saber baseado na fragmentação e na desintegração de seus "objetos".

Que os sujeitos com órgãos transplantados e privados de órgãos extirpados cirurgicamente sejam cada vez mais considerados normais: este é o sintoma mais grave de que a teratologia tomou o lugar da patologia, o reparo mecânico de funções vitais tomou o lugar da cura. Esta é a questão ética mais crucial da saúde. Os aparelhos do Estado e as políticas públicas devem descobrir os meios de fazer a reviravolta desta ordem injusta. Esta é uma condição básica de cidadania da saúde.

Estamos, portanto, diante da necessidade de uma INVENÇÃO, como escreveu recentemente Célio Garcia (1992), a propósito do que ele chamou "as três políticas de saúde", numa classificação que revê o percurso histórico de nossas políticas mas que, principalmente, nos coloca diante de uma nova e estimulante questão:

Saúde Pública — enfatiza a Epidemiologia, apóia-se no modelo de Pasteur — em termos de Imunologia — patrocina tratamento em massa, constituindo o "núcleo duro" da saúde pública.

Saúde Coletiva — conclama à participação, proclama que é preciso "viver bem", adota o "conceito ampliado" de Saúde forjado após a VIII Conferência Nacional sobre Saúde, pensa a relação médico-paciente em termos de simetria (...). Segundo esta política, a determinação da doença reduz-se, em sua instância última, ao social, decorrendo daí que a obtenção coletiva de saúde depende de agenciamentos estratégicos postos em ação tanto no aparelho de Estado quanto nas organizações da sociedade civil. A saúde é, assim, dialetizada e trazida para o campo das lutas sociais.

A problemática da saúde-doença, todavia, não se esgota no núcleo duro da saúde pública, nem na dialética de suas lutas, eis que ela porta, de modo insistente, aspectos nitidamente não massificáveis e não dialetizáveis, o que nos leva a uma nova modalidade de política.·

Saúde a ser inventada — "reconhece a dicotomia vida/morte, onde se funda qualquer reflexão sobre a vida, por conseguinte, a suposição será 'temos que viver' (e não 'temos que viver bem'). Opera com a distinção

entre necessidade e demanda, inscrevendo assim o desejo como 'resto não dialetizável', mostra a assimetria entre médico e paciente e propõe que se reconheça a singularidade do sujeito (da saúde) e dos seus investimentos perante a vida e a morte, perante a enfermidade e a saúde. Esta política não se ilude com o igualitarismo dos tratamentos em massa, tampouco com o socialismo da saúde coletiva, para remeter-nos a uma "saúde a ser inventada, isto é, criada após operação de desalienação seguida de separação, onde se distingam as ilusões anteriores (...). Para esta terceira abordagem, o termo-chave vem a ser Sujeito da Saúde, e suas singularidades". (Garcia, 1992:211)

E finalizaremos com Kant (1974), apenas para marcar que a Medicina — e, com ela, as políticas que a sustém —, em que pese todo o seu avanço técnico-científico — padece de um lamentável atraso ético-moral. Escreveu o velho mestre em 5 de dezembro de 1783:

> *"A preguiça e a covardia são as causas pelas quais uma tão grande parte dos homens, depois que a natureza de há muito os libertou de uma direção estranha (naturaliter maiorennes), continuem no entanto de bom grado menores durante toda a vida. São também as causas que explicam por quê é tão fácil que os outros se constituam em tutores deles. É tão cômodo ser menor. Se tenho um livro que faz às vezes de meu entendimento, um diretor espiritual que por mim tem consciência, um médico que por mim decide a respeito de minha dieta, etc., então não preciso de esforçar-me eu mesmo. Não tenho necessidade de pensar, quando posso simplesmente pagar; outros se encarregarão em meu lugar dos negócios desagradáveis".*

Referências bibliográficas

CLAVREUL, J., 1983. *A Ordem Médica*, S. Paulo, Brasiliense.

DUPUY, J. P., 1984. *John Rawls et L'Instabilité de Toute Modele de la Justice Social*. Revue du C.R.E.A. École Polytecnique, Paris.

FLEURY, S. M., 1986. Cidadania, Direitos Sociais e Estado. In: *Revista de Administração Pública*, out/dez-86.

FOUCAULT, M., 1984. *História da Sexualidade*, Vol. II "O Uso dos Prazeres", Rio de Janeiro, Graal, p. 19.

., 1987. *Vigiar e Punir*. Petrópolis, Vozes.

FREITAG-ROUANET, B., 1991. *A Questão da Moralidade: da Razão Prática à Ética Discursiva de Habermas*, UnB. (mimeo)

FREUD, S., 1921. *Psychanalise*. Paris, Payot.

GARCIA, C., 1992. Democracia Radical. In: FLEURY, S. M. (org.) *Saúde: Coletiva?*, Rio de Janeiro, Relume/Dumará, p. 211.

ILLICH, I., 1981. Nemmesis da Medicina-A Expropriação da Saúde. S. Paulo, Nova Fronteira.

KANT, I., 1974. Resposta à Pergunta: que é "Esclarecimento?" ("Aufklarung"). In: *Immanuel Kant-Textos Seletos*, Petrópolis, Vozes.

KREMER-MARIETTI, A., 1982. *A Moral*. Lisboa, Ed. 70.

LACAN, J., 1966. O Estágio do Espelho e a Constituição do Sujeito. In: *Ecrits*, Paris, Du Seuil.

NIETZSCHE, F., 1985. *A Genealogia da Moral*. São Paulo, Moraes Ed..

RAWLS, J., 1978. *A Theory of Justice*. Cambridge, Harvard University Press.

RICOEUR, P., 1987. *A Propos de la Théorie de La Justice de John Rawls*, Paris, Du Seuil.

Sobre la Reforma de los Modelos de Atencion: un Modo Mutante de Hacer Salud

Gastão Wagner de Sousa Campos

Entiendo los Modelos de Atención como un concepto que establece intermediaciones entre lo técnico y lo político. Como una determinada concretización de directrizes de políticas sanitarias en diálogo con un cierto saber técnico. Una traducción para un Proyecto de Atención de Salud de principios éticos, jurídicos, organizacionales, clínicos, socioculturales y de lectura de una determinada coyuntura epidemiológica y de un cierto diseño de aspiraciones y deseos sobre un vivir saludable.

Modelo, por lo tanto, sería esa cosa tensa, que no es solo política y tampoco solo tecnología. Un fenómeno cambiante que combina categorías históricosociales con otras cristalizadas en disciplinas supuestamente construídas a partir de paradigmas epidemiológicos, clínicos y en el caso de la salud mental, del campo "psi". Un proyecto que debe ser compuesto de intereses y necesidades de la sociedad, de nociones disciplinarias, de directrizes políticas y de modos de gestión de sistemas públicos. Una traducción para una tercera lengua de los idiomas profesionales y políticoadministrativos.

Una síntesis cambiante. Un proceso permanente de creatividad: modelo que nunca se completa, un modo de no ser nunca el mismo modelo. Un movimento que procura desmentir la presunta pureza y neutralidad del discurso técnico, que se imagina potente para instituir automáticamente la conformación de las prácticas sanitarias; y, al mismo tiempo, superar todavía el alto coeficiente de negatividad del discurso ciudadano.

De hecho, el proyecto reformista en salud todavía es muy "anti" y poco "pro". Sin duda, es por el derecho a la salud, por la intervención del Estado, por la democratización de la gestión, entre otros elementos escenciales a la construcción de la ciudadania efectiva; mas es todavía cuasi exclusivamente crítico de la clínica, contra la medicalización, antimanicomial, antipsiquiatría tradicional, antipsicoanalisis.

Los conservadores vienen aprovechando estas lagunas del proyecto reformista para señalar que es pura ideología, que es incapaz de alterar el curso de la enfermedad y de no guardar ninguna especificidad técnico-profesional. O sea, toda las reformas propuestas para la salud serían apenas una variante de la actividad política, como si la negación que hacemos del manicomio, del papel de control social de la clínica y de la psiquiatría, como si la crítica a la fetichizacion de los medicamentos y los equipamientos hospitalarios, terminasen por negar la propia necesidad de la atención en salud.

Con todo, mayores son los perjuícios que este alto coeficiente de negatividad de nuestro saber trae para la reforma de las prácticas en salud. Aun no conseguimos, históricamente, realizar la negación/superación de las prácticas tradicionales; o sea, mas criticamos y señalamos sus límites de lo que somos capaces de construir propuestas alternativas de atención. Y aquí no va ningun reproche moral, porque no identifico cualquier intencionalidad previa en este movimiento. Pero en tanto, juzgo conveniente prestar atención para este hecho, tomándolo como indicador del sentido para nuestros esfuerzos prácticos y teóricos.

Pienso que el empleo de la noción de Modelo puede contribuir para facilitar el pasaje por estos vacios de proyectos. En este sentido, un Modelo debería ser siempre una negación que afirma, aunque provisoriamente, ya que nunca deveríamos desligar los dispositivos críticos — productores de negatividad —, de aquellos del compromiso con las necesidades de lo cotidiano — productores de acciones de afirmación, de acciones deliberadas dadas determinadas condiciones.

Por lo tanto, para esta concepción, componer un cierto Modelo, solo en sus límites extremos, sería uma cuestión de princípios. Y es mucho mas un espacio donde resultaría necesario la combinación de una radicalidad apasionada — cuando estuviera en juego la defensa de derechos a la vida o la democracia — con una generosa capacidad de composición de diferentes necesidades e intereses, de posibilidades históricas concretas y de saberes que atraviesan todas estas dimensiones.

En Brasil la implantación del Sistema Unico de Salud esta ocurriendo de uma manera paradojal. Por un lado, la crisis de financiamiento del sistema de salud esta provocando una parcial y desordenada desactivación de camas hospitalarias en todas las especialidades. Una vertiente caótica: enfermos abandonados a su suerte o a su azar.? Sociedad paciente?

Por otro lado, hay un esfuerzo ordenado desde la Reforma Sanitaria, dirigido para la creación de alternativas asistenciales en varios campos;

que, en virtud de esta misma crisis financiera se viene implantando con un rítmo lento y con un empuje pequeño, al punto de todavía no haber logrado redireccionar los recursos públicos aplicados en salud. Hay, por lo tanto, un esfuerzo consciente: a los enfermos, cuidados y derechos. En el límite, de la búsqueda de una nueva sociabilidad.

En tanto, ademas de las limitaciones monetárias, dos otros factores, vienen en Brasil, dificultando el pleno desarrollo de estos modelos alternativos de atención. Un proceso consecuente de reformas, segun mi opinión, dependería escencialmente del enfrentamiento de estos dos nuevos tipos de problemas para los cuales no disponemos todavía de soluciones acabadas.

El poeta, Paulo Leminski, dijo cierta vez que muchas veces "La solución es ineficaz para develar el problema". En el caso de la salud, estamos viviendo esto. Nuestras soluciones cargan, en su interior, problemas. O sea, la resolución de los problemas incluye resolver también los problemas de nuestras soluciones.

El primero de estos impedimentos son las proprias disciplinas constituyentes del campo de la salud — la clínica, la planificación, la epidemiología y la salud pública — que sirven de base sobre la cual se construyen estos nuevos servicios, como también ejercen una función castradora debido a su enfoque abusivamente normalizador. Las técnicas sanitarias se vienen transformando em camisas de fuerza, que aprisionan a los profesionales en una maraña de reglas y procedimientos que nunca pueden ser cumplidos en los complejos y tumultuosos espacios de los sistemas públicos.

Hay una resistencia casi sistemática de las "nomenclaturas" de la clínica, de la psiquiatría, de la administración sanitaria y, en menor grado, hasta de la epidemiología, en repensar una nueva adecuación de las instituciones públicas a las nuevas metodologías de cuidado (y esta postura atraviesa en grados diferentes, todas las escuelas y corrientes — cada una crea sus ritos y mitos, sin los cuales no se podría operar con seguridad). En realidad, hay ya experiencia en este campo. Mas los considero aun insuficientes, principalmente porque son todavía mas de crítica de lo tradicional, que de creación de una nueva cultura sanitaria; sin embargo inegablemente, halla algunos avances.

En este sentido, considero que deveríamos reforzar los movimientos que procuram redefinir el papel de los profesionales y de los servicios de salud. Que recoloquen la discusión sobre el significado del cuidado en

salud y sobre el sentido del proceso de cura. Pienso que el objetivo de todo trabajo terapéutico es ampliar la capacidad de autonomía del paciente.

Lo que significa entender que la enfermedad o el riesgo de enfermar pueden cobrar en las instituciones un apoyo crónico, de largo curso — exactamente con el objetivo que la autonomía del enfermo se cumpla. Por cierto, la construcción de esta autonomía — el paciente "curado" — depende de una combinación de técnicas de apoyo individual (fármacos, atencion clínica, acceso a informaciones, análisis, rehabilitación física, referencia en urgencias, etc), con otras de apariencia mas sóciocultural (socialización, capacitación para el trabajo, para la convivencia, para vivir en un mundo de conflictos y de disputas). Repensar, por lo tanto, la desinstitucionalización y la desmedicalización. Pensar en servicios abiertos bajo la dirección de los usuários, pero apoyando al enfermo de forma que, aunque siendo diferente, el pueda disfrutar de sus derechos tanto como los "mas iguales". El proyecto de justicia humana de defender los menos iguales — o los menos aptos —, para que consigam sobrevivir a los ritmos y embates de la competición inherente a la civilización capitalista.

Considerar que los elementos necesarios para la reproducción de la vida en determinadas circunstancias históricas, pueden componer un conjunto heterogeneo. Diverso, conforme a las dimensiones y características individuales o colectivas. O sea, que un determinado proyecto de cuidado terapeútico puede ser un elemento decisivo en la canasta de necesidades básicas de un cierto ciudadano, en una determinada época, y no ser para otro conjunto de sujetos. Pienso que los servicios públicos de salud deberían operar con este padrón de plasticidad, adecuando técnicas, políticas y directrizes administrativas a esta orientación por nosotros considerada como mayor.

El segundo obstáculo, que modernamente se coloca a la organización de servicios públicos de calidad, tiene el mismo origen contradictório del primero: presentado como una solución, hoy impone tambien límites a las intenciones de reformas. Me refiero a la adopción, mas o menos mecanica, de directrizes ordenadoras de los sistemas públicos de salud. Pienso, particularmente, en las nociones de jerarquización y regionalización de los servicios y prácticas de salud.

Inegablemente, su uso ha permitido una planificación mas racional de los sistemas públicos, ya que asegura una ubicación mas equilibrada y productiva de recursos. En este sentido, no hay porque abandonarlos o negarlos radicalmente. Se trataría, mas, de relativizar su potencia, de res-

tringir su omnipresencia en la imaginación y en la práctica de los agentes de salud.

Los sistemas organizados a partir de estas nociones tomarán la forma de pesadas pirámides, que aplastarán con su peso las necesidades expresadas por la demanda de atención y las posibilidades del accionar creativo de los profesionales. Sin duda, ayudan en la planificación, mas son al mismo tiempo un irresistible elemento de burocratización y de cerramiento de los servicios públicos.

Haciendo un juego de metáforas, podríamos proponer la substitución de la pirámide por un remolino invertido, microhuracanes con base en el suelo. Al reves de una estructura osificada por lo concreto de las normas y programas, un flujo estructurado. Un flujo cuya velocidad, disposición espacial y dirección, fuesen gobernadas por tal modelo. Un ciclón invertido y en movimiento, teniendo como fuente de energia las necesidades e intereses de los usuarios y como lema el diálogo del saber técnico con este torbellino de deseos. Y todo eso mediado por la política. Imagen, por imagen...imagino a la segunda mas probable, mas propiciadora de construcción de sujetos autónomos, mas abierta a la producción negociada de vivir en sociedad. Una alternativa a la arquitectura grandilocuente de la pirámide de un dudoso matiz de realismo socialista; y también a la supuesta libre interacción de micropartículas del modelo de mercado.

O sea, habría jerarquización y regionalización de los servicios, si son atendidos algunos prérequisitos anteriores, a los cuales la planificación y la epidemiología tienen dificultad en captar, o por no identificarlos en absoluto o por solo hacerlo parcialmente.

De esta forma, la definición a priori rígida de los papeles y atribuciones de cada unidad, de cada equipo, de cada profesional — aun cuando esto ocurra segun los princípios de complejidad creciente —, termina por recortar la história de cada enfermo segun una lógica que le es extraña. Ademas de fragmentar al enfermo y a la enfermedad, este cristal de pureza jerárquica tambien disminuye la abertura de unidades a la variedad de los problemas individuales y colectivos de salud. Pudiendo acontecer situaciones en que una cierta división de atribuiciones sea inevitable; mientras tanto, en la mayoría de las circunstancias lo que determina esta lógica son los intereses corporativos o burocráticos, que no dialogan con la enfermedad ni con el enfermo, con las circunstancias socioeconómicasculturales.

En el fondo, estoy proponiendo un cierto borramiento entre las tradicionales divisiones atención primaria, secundaria y hospitalaria, siem-

pre que esto fuera posible, como en regiones altamente urbanizadas. Expandir el papel de la red básica, haciendo um movimento de deshospitalizacion no solo de pacientes mas tambiém de algumas atribuiciones y poderes del hospital.

El estilo tradicional de planificación no consigue percibir que lo social nunca es solo una abstracción estadística, pero que tambiém se encarna en el enfermo y en la enfermedad; transformandose, todo, en una misma cosa. Fenómeno este que debería traer múltiples y diferenciadas implicaciones para el proyecto terapéutico individual y para el proyecto de modelo asistencial mas globalizante.

Los efectos adversos de este tipo de postura pueden ser verificados en todas las areas, pero son mas expresivas en los cuidados clínicos. Esto es asi porque la programación normativa dificulta el acatamiento de algunas otras directrices que juzgo fundamentales para asegurar la calidad del cuidado y la legitimación de los servicios públicos por los usuarios. Me estoy refiriendo a las nociones de *vínculo,* de *acogida* y de *responsabilizarse por el cuidado integral de la salud colectiva e individual,* que deberían sobredeterminar todo diseño de modelo en salud — asegurar los contornos y el ritmo de movimento del remolino.

En los sistemas públicos la noción de **acogida** podría ser redefinida, ampliandose su significado tradicional conforme es empleado en la práctica clínica privada. Ahora, acogida devería referirse tanto a la abertura de los servicios públicos para la demanda, como a su vocación para responsabilizarse por todos los problemas de salud de una región. O sea, el "coeficiente" de acogida debería ser evaluado — aun de forma descriptiva — en una perspectiva doble: segun las posibilidades de *acseso* de nuevos y viejos pacientes a la atención, y mas de acuerdo con la plasticidad del Modelo de atención. En otras palabras, conforme sea su capacidad de cambio — adaptación de técnicas y múltiples conbinaciones de actividades —, objetivando dar cuenta de la variedad de problemas de salud, de la inconstancia de los recursos disponíbles y de su interrelación con aspectos socioeconómicos y culturales.

La noción de *vínculo* también es originaria de la práctica clínica liberal. Y, mas de una vez, imagino posibilidades de su incorporación crítica, ya que supongo su aplicación cumpliendo dos objetivos en la reforma de los servicios públicos: aumentar la eficacia de las acciones de salud, ya que los vínculos pueden ser considerados uno de los elementos esenciales para la institución de una práctica clínica de calidad; e introducir en el espacio de los servicios públicos una de las formas de control social mas

efectiva ya experimentada — el control realizado por los propios interesados, en el mismo momento en que los cuidados estan siendo producidos.

En realidad, no se trataría de una simple adaptación de un concepto tradicional de la práctica pública; deberíamos, ademas de eso, expandirlo, explotarlo, buscando las potencialidades que su aplicación radical enseñaria. En primer lugar, el vínculo de enfermo/família no ocurriría exclusivamente con un único profesional, mas con un determinado equipo localizado en un cierto servicio. Quedando, mientras tanto, bastante bien caracterizado quién es el responsable por cada tarea, por cada situación de rutina o imprevista. En segundo lugar, deberíamos modificar el sentido de **contrato** que en la clínica privada instituyo este vínculo. De un contrato económico-profesional, podríamos trabajar en los servicios públicos con un contrato de cuidados, de derechos y deberes del paciente/família y del equipo de salud. Con un contrato que signifique la explicitacion de un cierto proyecto terapeútico, donde sean considerados elementos técnicos, las posiblidades de acceso, de intercambio usuario/servicio, etc.

Ahora queda cada vez mas claro que estas directrizes, en cierta medida, tienen un cierto antagonismo con aquellas de la jerarquización y de la regionalización. Siempre que dividamos las atribuciones y las responsabilidades de los servicios según las fases mas o menos complejas de la historia de cada caso, estaremos siempre empujando a los pacientes a un circuito grisaceo, donde se pierde la centralidad del vínculo y relativizase el imperio de la acogida. Defiendo que las unidades básicas de salud deberían, en el límite, procurar siempre resolver todos los problemas de salud de sus usuários, y derivar apenas aquellos casos que extrapolem sus posibilidades tecnológicas. Defiendo tambiém que al planificar las posibilidades tecnológicas de un servicio el límite sea dado por otros criterios que no son príncipios abstractos o tecnocráticos de definición de competencia de níveles.

En el fondo, lo que propongo es una relativización de las categorías de rentabilidad y de productividad, centrales a cuasi todo modelo de planificación, inclusive el de la salud, ya que al igual que estos dos criterios justifican y explican la dominancia de las ideas de jerarquía y de distrito.

Un sistema público organizado teniendo en cuenta las directrizes del vínculo y de una acogida integral a los problemas de salud, será siempre un modelo tendiente a la institución de un proceso radical de descentralización, de producción de modos heterogeneos de cuidado, que exigirán la presencia de servicios y de equipos de trabajadores con un razonable

grado de autonomía y de responsabilidad técno-profesionalgerencial. O sea, el suceso de este modelo depende de un razonable equilibrio dialéctico entre la autonomía y la responsabilidad de los trabajadores de salud. Conflictos y tensión permanentes, canalizados para soluciones creativas, para la superación de viejos y resistentes impases de los servicios públicos: ineficacia, burocratización, apropriación privada del espacio público, entre otros.

Por lo tanto, una característica fundamental y necesaria para el desarrolllo de estos modelos es la de que ellos deberían ser propiciadores de gestiones democráticas y de la institución de mecanismos de control social, de evaluación, y de atribución clara y transparente de responsabilidades. Habría que combinar la gestión colegiada, los consejos de representación multisectorial, con mecanismos cotidianos de evaluación de resultados de los proyectos terapeúticos, de los proyectos de cada servicio y distrito, utilizando tanto planillas que procuren reflejar el contenido integral de cada proyecto, con el control permanente y directo de los usuários que el vínculo y el contrato tornen posibles.

Resumiendo, podríamos decir que esta alternativa apuesta a la construcción de sujetos sociales con proyectos en permanente conflicto y negociación; apuesta a la constitución de servicios públicos como espacios de disputa, capaces de favorecer la progresiva constitución de usuarios y de profesionales de salud con competencia para el accionar autónomo y solidario.

Yo diria que el Movimiento Sanitário brasileiro todavía no consiguió siquiera tomar como su principal objeto de preocupación la transformación concreta de las prácticas sanitarias.

Sin duda, el texto de la Constitución Federal de Brasil, de 1988, en su capítulo de salud, puede ser considerado ejemplar, allí fue previsto el derecho a la salud, el deber del Estado de proveerlo, la democratización de la gestión, la organización segun las ideas de descentralización, regionalización, jerarquización e integralidad del cuidado. Esta estructura jurídicolegal fue construída despues de mucha pelea política y creatividad técnica.

De cualquier manera, se acumulan evidencias en cuanto a la insuficiencia de toda esta ardua lucha, ya que no se consiguió derrotar al autoritarismo, a la ineficacia y al clientelismo característicos del sistema público de salud.

Inegablemente, el predominio de políticas estatales con los mas variados matices de un neoliberalismo mezquino explica mucho de esta si-

tuación. Con todo, esta constatación no responde a una serie de cuestiones que martillan la consciencia de todos aquellos abiertos a los mensajes que la realidad nos transmite:

¿Por que no conseguimos, despues de mas de diez años de régimen democrático, superar estas políticas restrictivas y regresivas de los últimos gobiernos de Brasil?

¿Por que no fuimos aun capaces de constituir ACTORES SOCIALES con voluntad y potencia suficientes para revertir el cuadro sanitário nacional?

¿Por que amplios sectores de la sociedad civil, casi solo consiguen expresar sus necesidades en salud por medio de un tormentoso movimiento de millones de individuos que solamente demandan asistencia?. La agonía de los que golpean la puerta de los Centros de Salud, Hospitales y Puestos de Urgencia y no siempre encuentran acogida.

¿Por que las entidades sindicales, las mas organizadas y politizadas, a pesar de todas las declaraciones de adhesión al Sistema Unico de Salud SUS, aspiran, en su cotidiano, a la inclusión de sus afiliados en alguna de las modalidades de la medicina de mercado?

¿Por que en general los movimientos de trabajadores de salud se mantienen o apáticos y frustados, o adhieren a luchas donde el inmediatismo corporativo solo es comparable a su resentimiento y a una especie rencor sin causa precisa?

¿Por que, a pesar de las buenas intenciones, la mayoría de los gobiernos populares democráticos o progresistas, no pudieron alterar las relaciones de los usuarios y de los trabajadores con las Instituciones Públicas, creando nuevos padrones de expectativas y nuevos proyectos?

¿Por que inumerables participantes del Movimiento Sanitario se sienten tan desamparados siempre que no hay un gobierno donde depositar esperanzas y al cual se delega la prerrogativa de tomar iniciativas?

Es evidente que no conseguiré, en el espacio de esta ponencia, responder a todas estas cuestiones, evidentemente porque algunas de ellas tienen raízes en determinaciones históricas mas generales. Mientras tanto, gustaría de indicar algunas categorías que, o por ser nuevas o por estar em desuso, han sido poco consideradas por la teoría y la práctica del Movimiento de Reforma Sanitária.

La primera se refiere al proceso de CONSTITUCION DE ACTORES SOCIALES capaces de alterar la correlación de fuerzas, viabilizando transformaciones concretas en el Sistema Público de Salud.

Juzgo que no hemos dada la importancia debida a los PROCESOS DE

PRODUCCION DE SUJETOS SOCIALES, de actores dotados de una determinada voluntad política y de un proyecto de reformas. En realidad, la mayor parte del esfuerzo del Movimiento Sanitário se ha dirigido para la elaboración de consignas políticas generales, con el evidente deseo de que alguna de las instancias de poder ejecutivo iban a adoptarlas. Inegablemente, ha habido, en nuestro hacer político, un predomínio de razon estratégica, conforme al concepto J. Habermas (1989).

Algunos trabajan con la ideafuerza de composición de bloques vocacionados para la conquista y conservación del poder del estado, objetivando la conformación de gobiernos de recorte popular y democrático. Otros, mas pragmáticos, se contentan con el propósito de infiltrar en cualquier gobierno trazos de reformismo.

No discuto la coherencia de estas orientaciones. Cuestiono, si, su suficiencia transformadora. Dudo de su carácter estratégico, de su capacidad de reordenar la vida en sociedad a partir de una óptica democrática, libertaria y de instauración de una nueva civilización.

Varias experiencias políticoadministrativas recientes se han demostrado impotentes para alterar el statusquo, en la medida en que no consiguieron favorecer la producción de sujetos sociales competentes para dar sustentación y continuidad a los cambios institucionales. Para eso, sería necesario combinar las disputas mas generales y pretendidamente "mas estratégicas", con una multiplicidad de microconflictos, valorizando todos los procedimientos para hacer también MICROPOLITICA, conforme la entiende F. Guattari (1986).

La lucha por la transformación de las instituciones en general y de la salud en particular, solo alcanzará suceso a partir de la valorización de este otro plano de lucha e implicaría la hipótesis de que es posible REVOLUCIONAR LO COTIDIANO (y aqui va otra categoría a ser mejor estudiada). Trabajar con el presupuesto de que los mecanismos de dominación/exploración — los micropoderes — pueden ser cuestionados y, hasta ser contrarrestados durante la organización ordinaria y común de la vida en las empresas, sindicatos, partidos, instituciones...Es que eso puede acontecer cuando aun no se tenga alterado el esquema mas general de dominación a nivel del estado, de la sociedad política y del mundo de la producción.

En verdad, significa mas: implica reconocer que la construcción de una nueva hegemonía, de una nueva civilización, depende de la creación de innumerables situaciones que favorescan la constitución de actores que niegen la inevitabilidad de la permanencia del statusquo, que entrevean

posibilidades de alterarlo y que, principalmente, se sientan con derecho de desear este cambio.

Al contrario de la tradición revolucionaria que adelantaba la instauración de relaciones mas democráticas y justas para despues de algun "gran día", ahora se trataría de lo contrario: de partir de la presuposición de que la vigencia de nuevas relaciones dependería de la existencia de millares de sujetos capazes de autogestionar su díaadía, explorando al máximo las potencialidades de cambio y respetando los límites, las dificultades y las determinaciones históricoestructurales de cada contexto.

Así podríamos afirmar que la adhesión de los trabajadores a un nuevo proyecto de sociedad (o de salud), depende del reconocimiento de que este nuevo estilo de vida ya es posible hoy. De que el vivir cotidiano no precisa obligatoriamente ser aquel de la repetición, de la renuncia sistemática a la autonomía y al deseo. Que el trabajo en un Centro de Salud, Hospital, o en cualquier otra institución pública, puede ser un espacio para la realización profesional, para el ejercicio de la creatividad, un lugar donde el sentirse útil contribuya para despertar el sentido de pertenencia a la colectividad, trascendiendo el papel tradicional del trabajo que es, cuando mucho, asegurar la sobrevivencia de un determinado nivel de consumo. Una vía para trascender la alienación social... una posibilidad abierta.

En cada Institución se reproducen, en forma de una cierta síntesis, los mecanismos mas generales de funcionamiento de la sociedad. Las especificidades de cada una de estas cristalizaciones de poder dicen respeto al refuerzo o al debilitamiento de alguna de estas características mas generales, que se repiten en las organizaciones en función de la composición de sus fuerzas internas y de sus relaciones con la sociedad y con el estado. Lo mismo acontece con los sujetos, que conforme su posición institucional y su proyecto de vida, tienden a reproducir modelos de praxis dominantes en el espacio público. Este espejismo no es siempre fruto de una reflexión consciente. Así, grupos o individuos portadores de un discurso crítico de omisión, cobardía, o de un proceder egoista de personalidades o de dirigentes, en su accionar cotidiano, copian estos mismos padrones de comportamiento, justificandose a partir de un pensar pragmático que presenta la subordinación como única posibilidad de acción consecuente o posible.

Dislocar a la luz del análisis para este mundo de la cotidianeidad puede ser una estrategia eficaz no solo para el proceso de construcción de conciencias críticas sobre lo general y lo particular, mas centralmente

ayuda a cada hombre dominado a superar sus límites, a constituirse como sujeto y a apostar en la construcción de otros que como el acrediten en lo nuevo.

El vivir sujetado, conformado a la mediocridad, sometido a disciplinas de normas burocráticas, a la lógica de la productividad por la productividad, y, al mismo tiempo, consecuencia de la hegemonía capitalista y uno de sus principales medios de reproducción — una de sus explicaciones causales.

K. Marx afirmó que un determinado padrón de consumo, un cierto estilo de aspiración social, un conjunto de necesidades historicamente constituídas, operan como uma FUERZA MATERIAL (Marx, 1971).

Y de estas fuerzas materiales subjetivas estoy tratando. Esto no es idealismo, es una aplicación posible del materialismo dialéctico. Toda esta discusión tiene como presupuesto la hipótesis de que en Brasil ya estan dadas las bases materiales para la realización de nuevos padrones de vida en sociedad y que los impedimentos para tal, son políticos, culturales e ideológicos.

Para que estas posibilidades se materializen es necesario reconstruir, destruir, desconstruir, toda una infinita lógica de micropoderes normalizadores, que producem conformismo con la miseria, con la violencia, con el autoritarismo, con el modelo vigente de apropiación y distribución de la riqueza.

Habría que canalizar la insatisfación, el deseo, y las necesidades sociales de las clases dominadas, de los grupos excluídos, de los trabajadores, de las minorias oprimidas, de los profesionales alienados, para un movimiento multicéntrico dirigido a la ampliación de los espacios de democracia directa, de solidaridad social, de respuesta a las aspiraciones de trabajo y de consumo, en fin, para la constitución de grupos sujetos de su destino dadas las posiblidades históricas concretas[1] (Guattari, 1985).

Todo lo que favorece la repetición, la conservación de la desigualdad, el vivir gris, debe ser colocado en cuestión. Aun cuando tuvieramos la convicción de que solo una parcela de estos cuestionamientos se transformarán en proyectos socialmente significativos y viables. Esta radicalidad crítica se justificaría teniendo en vista que ninguma instancia estaría autorizada, a priori, a prejuzgar la viabilidad social de cada posibilidad de cambio. Este filtro no puede ser monopolio ni de los Partidos, ni de la

---

1 El concepto de Grupos sujeitados y sujeitos fuei utilizado por Guattari en una cierta fase de su obra y aparece en *Revolução Molecular: Pulsações Políticas do Desejo* — São Paulo, Brasiliense, 2ª edição, 1985.

Academia, ni de la intelectualidad o de las Iglesias y mucho menos puede ser un privilegio exclusivo de los Gobernantes. Decir lo que debe o no debe ser discutido y cual conflicto explicitar, no puede ser un privilegio de algunos segmentos, bajo riesgo de infantilización del resto de la sociedad.

Repensar no solo el poder del estado, y el argumento de su autoridad, el poder excluyente del imperio absoluto de la lógica de rentabilidad máxima — máquina de producir los parias del progreso. Cuestionar todas las absolutizaciones autoreferentes, la desvalorización automática del otro-diferente. Valorizar las posibilidades de composición de las diferencias siempre que esto resulte un enriquecimento de los proyectos de reconstrucción de la sociabilidad democrática. Admitir el conflicto, sus mecanismos cotidianos de explicitación, articularlos en la disputa por la hegemonía, por la creación de una cierta habilidad dirigente, y crear mecanismos que dificulten el predominio de formas mas primitivas y destructoras de la sublimación — las realizaciones personales que impliquem la exploración del otro, en la reducción a un objeto descartable.

Y que los Gobiernos, y los Partidos, fueran agentes activos de la multiplicación de estos microprocesos, y que, ademas, consigan articularlos en síntesis abiertas, ambos se constituyan en el Príncipe Moderno, capaces de la osadia de desear para los trabajadores la condición de sujeto de la história. Príncipe contemporáneo.

Imagino que asi se deverían plasmar los Gobiernos y Partidos Revolucionarios de este nuestro tiempo. Donde usando y adaptando algunas metáforas de Gramsci — de la guerra de Movimiento (quiebra abrupta del poder del estado), deberíamos pasar a la guerra de posición (proceso de acúmulo de fuerzas concomitantemente a traves de disputas por el poder en cada instancia de la sociedad civil y del Estado), y aun la guerra de guerrillas (en analogía al modelo de los embates guerrilleros aqui aplicado como una metáfora de la disputa política, intelectual e ideológica en las sociedades modernas). O sea, se aboga por una forma complementaria de lucha donde el combate contra la dominación se daría a partir de todos los planos y en todos los tiempos — micro y macroreconstrucción social, económica y psíquica de indivíduos, colectividades e instituciones. Un poco elaborando una síntesis de los conceptos de Revolución Molecular de Guattari y de lucha por una nueva civilización en Gramsci[2] (1985: 192).

Por ejemplo, osar pensar la democratización de los medios de comu-

---

2 Gramsci, A., 1977. Paso de la guerra de movimento (y del ataque frontal) a la guerrade posición también en el campo político, In: *Antologia* — Mésico, Siglo XXI, 3ª edición. El concepto de Revolución Molecular es de Guattari (1985).

nicación, no solo proponiedo su estatización o la creación de microradios piratas, pero osar pensar los grandes complejos de comunicación como Fundaciones Públicas cogestionadas por los trabajadores de comunicación y por representantes de la sociedad civil.

Animarse a pensar un nuevo hospital posible, una nueva Salud Pública, nuevos procesos de trabajo en salud estimuladores y propiciadores del desarrollo de nuevas relaciones con la enfermedad, con los ciudadanos, con la tecnología —vieja tecnología.

Juzgo que en las instituiciones de salud hay posibilidades singulares para el desarrollo de este tipo de proceso transformador.

Para eso, creo que tendríamos que desencadenar un movimiento en tres dimensiones, de manera que se potencializase y, al mismo tiempo, se apoyase en las transformaciones resultantes de los otros dos. El imperio de la vieja dialéctica.

Identifico la posibilidad de instaurar una serie de alteraciones de los mecanismos de gestión y de los procesos de trabajo en salud (alteraciones estructurales) que atiendan las necesidades de salud de la población y las posibilidades de realización profesional y personal de los trabajadores de salud (Campos, 1985).[3] Este sería uno de los planos.

La cuestión que permanece es, con que instrumentos operar estas modificaciones. En la realidad, no se trata apenas de imaginar nuevos proyectos técnoasistenciales, mas si de identificar QUIEN los construirá y quien los implementará en cuanto un movimiento de lucha política, de reforma "intelectual y moral". Ahí, entran el segundo y tercer nivel de construcción de lo nuevo: articular la "voluntad política y deliberada del accionar y de la capacidad reflexiva" (Castoriadis, 1992) de los actores sociales centrales al movimiento de reforma sanitaria: los trabajadores de salud y todos los sectores de la sociedad que dependen de un sistema público de salud para asegurar la manutención de su vida. Proponer modificaciones estructurales que no solo atiendan las necesidades de estos dos segmentos, como que también sean propiciadoras de su constitución como sujetos colectivos. Estructuras, instituciones, que estimulem la autonomía y la capacidad de dirección, superando su tradicional papel de producir alienación. Y realizando estos tres movimientos al mismo tiempo, a partir de posibilidades ya existentes en el contexto de los servicios públicos de salud.

---

3 El análisis mas sistemático de las possibilidades de desarrollo de la reforma estructural de los sistemas públicos y de las practicas en salud aparece en mi libro, *Reforma de Reforma: Repensando a Saúde* — São Paulo, Hucitec, no capítulo IV.

En este artículo, no abordare exhaustivamente estas tres dimensiones que imagino estratégicas para la reforma de salud. Diseñare apenas algunas vías por las cuales podríamos abordarlos.

Tomemos los trabajadores de salud. Varios trabajos tienen analizado con esceptisismo la posibilidad de que ellos vuelvan a jugar un papel que de impulso a la reforma. Apuntan el marcado corporativismo de sus demandas políticas y sindicales e identifican la existencia de innumerables puntos de tensión entre sus intereses y los de la colectividad. Para estos autores los profesionales estarían estructural y subjetivamente presos a su corporativismo o a un proceso de burocratización. Condenados a la alienación eterna, al ghetto de la insensibilidad social que les impediría de componer representaciones que traspasen sus intereses inmediatos.

En cierta medida, en mi libro "Os Médicos e a Política de Saúde" también veo los médicos de tal forma, enredados en una trama infraestructural que parece difícil imaginarlos en otra posición que no sea la de los ideólogos del neoliberalismo.

Por otro lado, es innegable que a estas dificultades se agregarían aun una cierta apatía y una indiferencia frente a la degradación de las instituciones de salud, hechos empírica e históricamente constatables y que no son exclusivos de este segmento social.

O sea, se compone un cuadro de apariencia tenebrosa. Justificandose la tendencia actual de depositar las esperanzas de cambio en otras instancias: en gobiernos progresistas, en los usuarios. Mientras tanto, como G. Berlinguer señala, nunca habrá reforma sanitaria contra los trabajadores de salud. Diciendolo de otra forma: no es viable, en Brasil, una estrategia reformista que apueste principalmente al control, al encuadramiento de los profesionales de salud y no a su incorporación al proceso como sujetos de la reforma.

No es por que en Brasil, al contrario de lo que aconteció en otros países, no hubo una dinámica revolucionaria que tornase posible la implantación de Sistemas Públicos a partir de otros apoyos sociales (Estado, Partido en el gobierno). Igualmente en estos casos, con todo, no hubo una radical alteración de las prácticas sanitarias, ya que las transformaciones en este nivel no se efectivizan sin el concurso activo de los trabajadores de salud.

Mientras tanto, se hace necesario una profunda revisión sobre el papel que los maldenominados "recursos humanos" jugarán en el proceso de la reforma sanitaria. En realidad, ha sido poco estudiados lo que pasa realmente con los trabajadores de salud.

En general, se utilizan metodologías restrictas a la sociología de las profesiones, al análisis del discurso, casi nunca siendo abordada la principal característica de este objeto de estudio que es el de ser sujetos, con todas las consecuencias metodológicas que este concepto impone.

Observando los trabajadores de salud del area pública constatamos que ellos estan frustados, descontentos, trabajando por la sobrevivencia y para garantizar un cierto nivel de consumo. Hay una marcada y especial alienación de estos profesionales en relación a su objeto de trabajo (ligazón debil con la enfermedad o salud del otro), o sus medios de trabajo (una separación progresiva entre los que ejecutam acciones y los que dirigen las instituciones) y también en referencia al equipo de salud (hay trabajo en grupo mas no hay identidad del trabajador colectivo).[4]

Ahora, en este contexto, para la mayoría, predomina un descontento con el status quo, que no favorece la realización profesional y personal. O sea, hay bases concretas para la construcción de un proyecto sanitario que apunte para la superación de este cuadro y atienda los intereses de los usuarios del sistema.

La realización del hombre moderno depende de un complejo de deseos, intereses y necesidades, resultantes de un dado proceso histórico, de la posición social y de la capacidad de lucha y de formulación consciente de cada sujeto. Este complejo tiene siempre una expresión individual, que, en alguna medida, es también referente de las posibilidades sociales que conformam límites para los deseos y necesidades.

Castoriadis entiende que el proceso de constitución de sujetos humanos autónomos se vincula a las posibilidades históricosociales del individuo pulsional substituir el placer del objeto por el placer de la representación (Castoriadis, 1992). O sea, la socialización dependería de la capacidad de sublimación de los sujetos, y que el acto de sublimar sería el mecanismo por medio del cual las necesidades históricas (dimensión de lo colectivo) se encarna, segun inumerables caminos, mas segun algunos caminos histórica y socialmente determinados, en cada y en todos los divíduos.

Considero que la capacidad de sublimar no asegura automáticamente la superación del egocentrismo, del preconcepto contra el otro, del inmediatismo pulsional y mucho menos de la expresión política de este tipo de proceder, como son los casos de corporativismo y de todos los

---

4 El estudio de la alienación en el trabajo en salud aparece en un artículo de mi autoría "A Gestüo enquanto um componente estratégico para a implantação de um serviço público de saúde". In: *A Saúde Pública e a Defesa da Vida* — São Paulo, Hucitec, 1991.

individualismos. Entiendo que la obtención de placer por medio de la representación puede ocurrir em tres planos, y que la atención de los deseos e intereses segun cada uno de estos planos tienen consecuencias sociales y políticas bastantes distintas.

El primero de estos planos — el mas próximo del modelo institivo de satisfacción del deseo sexual y, por lo tanto, en este sentido, mas primitivo — opera a través de una defensa inmediatista y agresiva del indivíduo en todas sus relaciones sociales. En la dimensión sexual se busca la satisfacción inmediata sin consideraciones sobre el hecho de que el objeto del deseo, en el caso, es un sujeto dotado de sensibilidades y de deseos — no hay espacio para el amor romántico entre dos indivíduossujetos. El trabajo objetiva dar aceso al consumo imediato. Las relaciones sociales estan marcadas por el recelo y la agresividad automática contra el otro, siempre un rival en potencia.

Seria ocioso apuntar que este padrón de sociabilidad, de subjetividad, es predominante entre aquellas camadas excluídas de las posibilidades medias de beneficios sociales en una determinada sociedad. Me refiero a los niños de la calle de Brasil, a los jovenes crónicamente desempleados, entre otros segmentos. Vale añadir que este modelo de construcción de subjetividad no es exclusivo de las personas sometidas a estas condiciones de vida. Puede también resultar de una cierta história familiar, lo que indica que la reproducción de este hombrelobo recorta todas las clases sociales, y que, ciertamente, tiene condiciones mas favorables de reproducción entre los socialmente excluidos y entre aquellos que no experimentaren casi ningun tipo de experiencia institucional, sino aquellas de las instituciones totales. La manutención de modos de andar en la vida que producem este tipo primitivo de sublimación o representa una permanente amenaza para el progresso y para la democracia. Y es la base sobre la cual se asientan las varias formas de fascistización de lo cotidiano, de la política y de la cultura.

La segunda forma genérica de articular las necesidades y deseos de ciertos padrones de representación y del accionar deliberado es aquella que mas se aproxima al espíritu del capitalismo. En este campo hay una mayor presencia del principio de realidad y la obtención inmediata del placer puede ser postergada en función del sentimiento de seguridad. Seguridad que se expresa centralmente via acumulación. Acumulación de poder, de capital, de victorias deportivas o de conquistas sexuales, acumulación de posibilidades garantizadas de efectivización del acto sexual ! el casamiento como contrato en que la mujer estaría teórica y legalmente a

disposición!. En este caso, la imposibilidad de trabajo placentero es compensada por su función de asegurar riquezas, promesa de un consumo futuro. También el objeto de consumo cambia de sentido, no es mas necesariamente consumido, se consume para la acumulación: libros que no se leen, discos que no se oyen, ropas que no se usan, objetos que se acumulan. Los "coleccionadores".

Indudablemente, el predomínio de este tipo de subjetividad ha creado un cierto estilo de civilización, donde los sujetos tienen, obligatoriamente, que llevar en cuenta los intereses de los otros. El otro continua siendo un antagonista en potencia, mas es un antagonista que nos merece respeto, con el cual tenemos que negociar, o a quién se debe someter. Es el mundo de la productividad, de la competición como principal determinante de la vida en sociedad, es un mundo que ofrece millones de objetos o de relaciones en las cuales podríamos invertir nuestro placer de representación. Mas es el mundo de la búsqueda compulsiva de la seguridad, y la seguridad absoluta representando el congelamiento del presente, el fin de la historia, la regulación y normalización de los deseos, un mundo en que el futuro ya esta todo en el presente. En fin, es un mundo fuerte, mas imposible a pesar de toda su concreción, un mundo del cual se escapa consciente o inconscientemente todos los momentos: por resentimiento autocomplaciente se escapa para los primeros niveles de sublimación; o se escapa por esperanza para un tercer proyecto de vida en sociedad.

El primero de estos planos tenía como eje integrador el accionar volcado para el inmediatismo y la urgencia de las necesidades de sobrevivir a cualquier costo inclusive, al de la destrucción del otro. El segundo, se basa en la seguridad y restaría un tercer modo de socialización capaz de compatibilizar la atención del interés individual con una cierta dosis de seguridad, mas superando los aspectos exclusivistas de estas dos primeras modalidades, en la medida en que se parte de la idea fuerza de que el otro de las relaciones individuales o sociales es siempre un sujeto también deseante, también portador de una cierta legitimidad o de una posibilidad de legitimidad desde alteradas determinadas relaciones de poder personal, institucional, político o económico.

O sea, en este tercer plano de socialización los sujetos parten de la realidad del conflicto de intereses, mas buscan resolverlos a partir de la articulación de nuevas relaciones que tornen regla el trabajo creativo, que instituyan proyectos basados en la solidaridad y en la destrucción/superación de los mecanismos autoritários y subordinantes de los planos anteriores y de los bloques de poder articulados para preservarlos. En el plano

del afecto se apostaría que dos sujetos autónomos pueden realizar sus deseos combinando sus voluntades a partir de un proceso cotidiano y voluntario de entendimiento. El trabajo sería siempre un espacio para asegurar la sobrevivencia, el consumo, mas también no se renunciaria mas a sus potencialidades placenteras, ligadas a su dimensión creativa y, en el caso de la salud, de realización de la solidaridad.

La generalización de este tercer padrón de subjetividad no depende apenas de la voluntad de militantes o de intelectuales. Y no podríamos esperar que una imposible e indefendible psicoanalización de masas a instituirse, no habría "settings adecuados" en número suficiente para tal, y tampoco los psiconalistas se proponen realizar tal empresa. De hecho, su universalización dependería de la construcción de movimientos, de espacios institucionales y, hasta, de leyes, que esten de acuerdo, que produzcan activamente este padrón de socialización. No se trata de una afirmación paradojal, mas de la vieja dialéctica cobrando su incontornable relación con la realidad social.

Por lo tanto, en la salud, es posible la superación/incorporación del corporativismo y del descontento hoy vigentes entre la mayoría de los profesionales, transformandolos en capacidad dirigente. Gramsci ya habia afirmado, hace mucho tiempo, que todo hombre es un filósofo y un dirigente en potencia, un creador y hay condiciones materiales y subjetivas para el florescimiento de este estilo de reformas económicas, intelectuales y morales.

En la "gestión" de lo cotidiano que se construye, una u otra subjetividad, sujetos autónomos o sujetados. En la salud, la revolución de lo cotidiano pasa por la reforma de los modos de hacer la clínica, la salud pública, por los modos de gestión y de distribuir el poder en las instituciones, por la delegación/institución de nuevas cuotas de responsabilidad y de autonomía. Pasa también por la redefinición de los criterios de cura, del papel de los servicios de salud — colocados al servicio de la reproducción de la vida. Envueltos en nuevas formas de ACOGIMIENTO del sujeto individual o colectivo que necesita de atención específica, presupone la personalización de las relaciones equipo de salud con el hasta ahora objeto de la asistencia, en fin...

Toda esta discusión esta por tornarse circular, volvemos al inicio y es tiempo de abrir las puertas para nuevos articulos, otros abordajes.

Referências bibliográficas

CAMPOS, G. W. de S., 1992. *Reforma de Reforma:* Repensando a Saúde, São Paulo, Hucitec, cap. IV.

______., 1991. *A Saúde Pública e a Defesa da Vida*, São Paulo, Hucitec.

CASTORIADIS, C., 1992. "O Estado do Sujeito Hoje". In: *O Mundo Fragmentado, Encruzilhadas do Labirinto III, São Paulo, Paz & Terra.*

GRAMSCI, A., 1985. "Paso de la guerra de movimiento (y del ataque frontal) a la guerra de posición también en el campo político". In: *Antologia*, México, Siglo XXI, 3ª edición, 1977.

GUATTARI, F. & ROLNIK, S., 1986. *MicroPolítica — Cartografia do Desejo*, Rio de Janeiro, Vozes.

GUATTARI, F., 1985. *Revolução Molecular: Pulsações Políticas do Desejo, São Paulo, Brasiliense, 2ªedição.*

HABERMAS, J., 1989. *Consciência Moral e Agir Comunicativo* — Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro.

MARX, K., 1971. *Elementos Fundamentales para la Crítica de la Economía Política. Vol. 1 — Buenos Aires, Siglo XXI.*

PARTE V

Saúde e Atores Sociais, as Faces da Cidadania: Análises da Gestão Pública, o Controle Social dos Serviços e a Participação do Movimento Sindical

Saúde e Cidadania: Análise de uma Experiência de Gestão Local

Amélia Cohn

Afirma a Constituição brasileira, promulgada em 1988, que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Conquista do movimento sanitário brasileiro, esse preceito constitucional vem acompanhado da institucionalização do Sistema Único de Saúde, descentralizado, com comando único em cada esfera de poder.

A descentralização da saúde, e a conseqüente maior responsabilidade do poder local, não é exclusiva ao setor. De fato, a atual Constituição opera uma descentralização fiscal em favor dos municípios, que passam a reter mais recursos ante os níveis estadual e municipal. Estudos recentes apontam, ainda, que além do aumento das transferências de recursos para os municípios previstas na Constituição, os próprios municípios (de 1988 a 1991) realizaram um esforço bastante significativo para aumentar a arrecadação tributária própria (Afonso, 1992).

Esse movimento de natureza fiscal foi precedido, no entanto, de uma tendência à descentralização política da área social, em particular no setor saúde. Essa tendência remonta ao início da década de 80: em 1983 tem-se as Ações Integradas de Saúde (AIS), e em 1987 os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS). Hoje, o desafio consiste em efetivar o Sistema Único de Saúde (SUS) privilegiando o nível local.

Não obstante, constata-se atualmente no campo da saúde uma defasagem entre o discurso do movimento sanitário e os processos reais de descentralização dessa política pública. A primeira constatação que salta aos olhos é a tendência a assumir, como princípio, que a descentralização leva automaticamente à democratização da saúde.

No entanto, pensar a relação entre descentralização, cidadania e saúde nos marcos da consolidação democrática no Brasil implica exame concreto de experiências de administração local no setor à luz de algumas questões e preceitos centrais do movimento sanitário que devem ser revi-

sitados. É dessa perspectiva que se pretende analisar a experiência da atual administração do Município de São Paulo, maior cidade da América do Sul, com aproximadamente 11,5 milhões de habitantes.

Políticas públicas de corte social e desigualdades sociais

Pensar essa questão tendo por referência a realidade brasileira implica pensá-la, de um lado, enquanto mecanismo de enfrentamento da magnitude da pobreza que avassala grande parte de nossa população; e de outro, enquanto uma relação entre Estado e sociedade. Mas colocar o tema nestes termos implica assumir a urgência de uma necessária articulação entre democracia política e democracia social, sob pena de as enormes desigualdades sociais que penalizam nossa sociedade (é o preço da nossa modernização) colocarem em risco a própria normalização dos canais e mecanismos institucionais democráticos de representação política.

E embora essa discussão ocorra numa conjuntura de crise econômica (para não se falar da atual crise política) associada aos avanços dos preceitos e práticas neo-liberais que se fazem presentes em toda a América Latina, o caso brasileiro, na sua tradução tropical dos preceitos neoliberais, transforma-os num processo de privatização "selvagem" (a contrafacе do capitalismo selvagem) tanto na área econômica quanto na área social. Em ambas, não se substitui o Estado pelo mercado, mas a privatização ocorre à sombra e sob a proteção do próprio Estado.

Em conseqüência, essas políticas públicas passam a ser pensadas da perspectiva restrita de uma função contábil. E se de um lado não se pode cair no seu oposto — formular políticas sociais sem suporte de financiamento —, de outro tampouco essas políticas podem ser concebidas como compensatórias das desigualdades sociais, ou de determinadas desigualdades sociais, quando pensadas por exemplo em termos da sua "focalização" (Isuani, 1990). Em ambos os casos estar-se-ia repondo a velha dicotomia entre produção e consumo na lógica da acumulação. Esping-Andersen já ponta que o grau de desmercantilização (do trabalhador) é uma função da extensão em que os direitos do cidadão suplantam a distribuição via mercado (Esping-Andersen, 1991).

Reconhecer, portanto, o enorme passivo social acumulado ao longo de nossa história implica não só questionar o modelo de proteção social brasileiro, que de predominantemente meritocrático passa a ser fundamentalmente residual (Draibe, 1990), onde o residual configura-se como

a maioria da população, mas pensar num novo modelo de proteção social — aí incluídas as políticas de saúde — que ao levar em conta seu necessário caráter compensatório das desigualdades sociais não assuma esta característica como única, e portanto como um (ou o) fim utópico (ou demagógico) que se deva perseguir.

Autores com matrizes de pensamento tão distintas como King e Navarro apontam, para os países centrais, que os Estados de Bem-Estar Social não só têm suas estruturas e benefícios entrelaçados às estruturas sociais que eles próprios remodelaram, como a desmercantilização da proteção social pela quebra da dependência dos benefícios sociais com relação ao mercado fortaleceu a classe trabalhadora na sua luta contra a classe capitalista (King, 1988).

Não se trata de transplantar de maneira mecânica para nossa realidade a natureza e os diagnósticos do debate sobre a crise do Estado de Bem-Estar Social dos países centrais. Mas ao invocar esses autores, que se referem nuclearmente àquelas realidades, o que se busca resgatar são dois fatores básicos por eles apontados: a articulação do modelo de proteção social com os processos econômicos, e portanto com a própria lógica da acumulação, mas sobretudo sua dimensão política, vale dizer, a relação Estado-cidadãos.

Pensar portanto a questão das políticas públicas de corte social e a desigualdade social referida à nossa realidade impõe que sejam contempladas novas formas de sua articulação com a economia política, e que se resgate sua dimensão política na atual conjuntura marcada pelo desafio da consolidação de uma ordem democrática no país. Isso significa pensar as políticas públicas de corte social enquanto elemento constitutivo da cidadania, de sujeitos sociais coletivos. Parte-se porém de uma realidade diversa daquela dos países centrais na medida em que a grande maioria da população brasileira, quando não sobrevivendo em situação de pobreza extrema, quando empregada vive à margem do mercado formal de trabalho, condenada a políticas sociais de corte residual, regidas pela lógica da "pobreza cuidando da carência".

A ênfase na dimensão política da análise não significa sua valorização em detrimento das demais, mas sim enfrentar o desafio de se buscar, da ótica da construção de uma ordem social democrática, a articulação entre *interesses, necessidades sociais básicas, demandas sociais* e sua Constituição em *direitos*.

Trata-se, enfim, de pensar as políticas públicas e a desigualdade social em termos de sua re-articulação econômica, assumindo como central

a dimensão da cidadania, do controle público sobre as ações do Estado, o que significa pensá-las no interior de um projeto para a própria sociedade. Repõe-se, dessa maneira, a questão da articulação entre democracia política e democracia social: a conquista e a extensão universal dos direitos sociais que não se traduzam na dependência desses "novos cidadãos" do próprio Estado, mas ao contrário, que representem espaços sociais e institucionais de constituição de sua identidade enquanto sujeitos sociais coletivos.

Reforma sanitária: os limites da institucionalidade

Não se trata, aqui, de recuperar a história da Reforma Sanitária brasileira, mas tão somente revisitar alguns de seus preceitos fundamentais.

Parte-se da tese, sem dúvida polêmica, de que a Reforma Sanitária brasileira se esgotou e foi exitosa. Enquanto proposta e movimento social está esgotada na justa medida em que se propôs como limites a conquista do arcabouço institucional e legal. A conquista desses marcos institucionais faz-se presente na atual Constituição Federal, nas constituições estaduais e, de modo variado, nas leis orgânicas municipais.

Enquanto movimento social, conformado por aqueles objetivos maiores, também se esgotou. A Reforma Sanitária brasileira caracteriza-se por ter sido um movimento que, no interior do processo de uma transição democrática conservadora, teve como foco central o Estado e a conquista da presença de seus preceitos no aparato institucional. Nesse sentido, diversamente da experiência italiana, foi um movimento de cima para baixo, que teve como suporte intelectual a construção de um saber militante calcado em grandes marcos teóricos, privilegiando as instituições e a organização do aparato institucional da saúde em detrimento do movimento real da sociedade.

Fundamenta essa afirmação, por exemplo, o desequilíbrio presente tanto nos textos legais quanto nos textos técnicos e científicos entre o detalhamento das propostas de cunho organizacional e operacional e a fluidez com que as questões do controle público e da participação social são tratadas.

Em conseqüência dessa dupla referência — a ênfase no arcabouço institucional e o contexto histórico da transição democrática — o movimento sanitário brasileiro caracteriza-se por ser um movimento do Estado para a sociedade, ou dos setores progressistas da saúde para a sociedade,

calcado em determinados preceitos que hoje se apresentam como novos desafios diante do contraste entre a teoria e as práticas.

Dentre estes merecem destaque, para fins da análise de uma experiência de gestão local, a questão da descentralização/democratização da saúde e a dos próprios limites da inovação — e potencialidade de seu enraizamento — quanto à possibilidade de implantação de novas formas de relação entre Estado e sociedade.

De fato, a literatura a respeito das políticas de saúde no Brasil, tanto as de cunho mais analítico quanto as de caráter mais propositivo, tendem a interpretar como sinônimos a descentralização e a democratização. Não resta dúvida que diante da tradição altamente centralizadora do Estado brasileiro, delegar maiores responsabilidades ao poder local representa um passo significativo em direção à descentralização. Mas também não resta dúvida que a descentralização, quando entendida como a municipalização da saúde, ou como a constituição do Sistema Único de Saúde no nível municipal, não significa automaticamente a democratização da saúde, nem sua constituição como um direito universal e equânime. Até porque a tradição altamente centralizadora do Estado reproduz-se fortemente no nível local, tendendo o poder executivo a predominar e dominar sobre os demais.

Daí a tendência a se tomar como sinônimos *controle social e controle público*, bem como *participação social, participação da comunidade* e *participação popular*. Daí também a tendência a se enfatizar, uma vez mais, o aparato institucional no nível local da ótica do poder público para a sociedade, e não no seu sentido inverso. Poder-se-ia afirmar, nesse sentido, que uma vez mais a ênfase vem recaindo sobre o *controle social* e não sobre o *controle público*, reafirmando agora, já numa conjuntura de consolidação democrática, a centralidade da questão institucional ante a questão da democratização da relação sociedade/Estado.

Mas quando se busca inverter a perspectiva de análise e enfatizar a saúde da perspectiva da relação sociedade/Estado, e portanto da constituição da esfera pública, depara-se com pelo menos duas tradições do pensamento sanitário brasileiro. Uma delas diz respeito à lacuna de estudos de natureza mais micro, que desvelem o cotidiano da relação da população com os serviços de saúde, sua representação sobre necessidades de saúde, e como estas se traduzem em demandas. A outra refere-se, dada a predominância de perspectivas de análise macroinstitucionais, à tradição de se pensar essa política setorial em termos de disjuntivas e oposições — público *versus* privado; setor estatal *versus* setor privado; cen-

tralização *versus* descentralização; democracia representativa *versus* democracia direta — e não em termos de suas articulações e re-articulações.

No que diz respeito ao primeiro caso, datam de período bem mais recente estudos que buscam deslindar esse cotidiano da população com os serviços de saúde (Cohn, 1991), ou levantar as formas que os processos de descentralização e/ou desconcentração vêm assumindo nos distintos estados e municípios numa tentativa de mapear tendências (Heimann, 1992).

No segundo caso, no geral o que vem sendo perseguido é apreender as formas que a implementação do Sistema Único de Saúde, da ótica de uma política pública setorial — a da saúde —, assume enquanto processos de tomada de decisão onde os vários atores em cena atuam de forma específica na defesa de seus interesses. Num saudável movimento de retorno a processos específicos enquanto centro das preocupações dos estudiosos da área, aqueles antigos preceitos marcados por disjuntivas assumem agora com todo vigor sua presença na complexidade das formas de articulação e re-articulação de interesses em situações concretas.

Mas esse movimento não é exclusivo dos estudiosos da área da saúde. De fato, evidencia-se no interior das ciências sociais uma ênfase, sobretudo na América Latina, em estudos do poder local, em comparações de distintas experiências de políticas públicas no nível local em distintos países.

Em conseqüência, e não como uma característica exclusiva da saúde, defronta-se hoje com uma situação de acúmulo de conhecimento de distintas experiências, que num diálogo permanente com os marcos teóricos, as categorias e os conceitos até então vigentes, dão a estes novos significados e apontam sua capacidade e seus limites explicativos. Não se trata, portanto, de estabelecer aqui novas disjuntivas mas, ao contrário, de apreender a complexidade de nossa realidade a partir de distintas óticas de análise e buscar a articulação entre elas.

É dessa perspectiva que o estudo de experiências de gestão local na área da saúde podem contribuir para o debate, assumindo que a descentralização favorece mas não garante sua democratização, mas que o espaço local é o espaço privilegiado de construção de identidade de novos sujeitos sociais coletivos.

Participação e saúde: a experiência de São Paulo

Em janeiro de 1989 o Partido dos Trabalhadores assume a administração da cidade de São Paulo. Tem início a gestão democrática popular.

Para além da complexidade de um centro urbano dessa magnitude, marcado por toda ordem de desigualdades de acesso a bens e serviços de consumo coletivo, essa gestão passa a enfrentar no seu cotidiano um desafio central: um modelo alternativo de gestão, que inverta prioridades, que seja efetivamente descentralizado e democrático, que assuma a saúde como um direito de todos e responsabilidade do Estado. E para além das dificuldades próprias que essa proposta traz, ele deve se defrontar com o fato de que isso representa uma enorme ameaça aos interesses dominantes, porque é na cidade de São Paulo que se concentram de forma mais densa os interesses econômicos do setor e as distintas forças sociais e políticas.

Sucedendo uma administração marcadamente conservadora, a atual gestão assume a administração propondo a incorporação dos setores organizados da sociedade, em particular dos movimentos sociais por saúde, na gestão administrativa dos serviços. Isso significa propor a descentralização administrativa, com maior autonomia para os níveis regionais (o município foi dividido em 10 administrações regionais de saúde), instituindo canais de participação dos usuários e dos trabalhadores da saúde em todos os níveis — do central ao local.

Em termos da estrutura administrativa da Secretaria Municipal de Saúde, no nível central tem-se a "Plenária de Entidades e Movimentos interessados nas questões de saúde no Município de São Paulo", espaço de participação de entidades e movimentos vinculados à saúde, e de onde são escolhidos os representantes para o Conselho Municipal de Saúde. Este Conselho, de caráter deliberativo e tripartite durante os anos de 89 e 90, era composto por oito representantes dos trabalhadores de saúde e produtores privados de saúde, oito representantes dos usuários e 12 da administração pública. A partir de 91 ele passa a ser paritário: 16 representantes dos usuários, oito representantes de trabalhadores da saúde e produtores privados e oito da administração pública.

Nos níveis *regional, distrital* (menor unidade no interior de cada região com autonomia orçamentária e administrativa) e *local* (unidades de serviços de saúde) foram igualmente criadas Comissões de Gestão, que de tripartites também passaram a paritárias. Até julho de 1992 estavam implantadas 114 Comissões de Gestão e 32 dos 44 Distritos Sanitários previstos.

Nesse período, enquanto política pública de corte social, o setor da saúde ganhou visibilidade política e conquistou gradativamente maior peso na repartição do orçamento. Em 1989, tomada a composição da des-

pesa, à saúde destinou-se 10,6% dos recursos orçamentários, e nos anos sucessivos esse percentual subiu para 13,2%, 14,9% e 15,4%. Vale ressaltar que durante toda a administração cerca de 48,0% dos recursos orçamentários foram destinados à área social.

No que diz respeito ao modelo de atenção à saúde, não só foram constituídos novos programas e centros de referência de saúde do trabalhador, da criança e da mulher, como foram instituídos hospitais-dia na área de saúde mental e foi perseguida uma maior integração dos serviços com distinta complexidade tecnológica, privilegiando-se as áreas periféricas e mais carentes.

Na área dos recursos humanos, introduziu-se como regra o concurso público para contratação de pessoal (fato pouco usual na experiência brasileira), formação e treinamento de pessoal através de instituição específica, com colaboração através de convênios com a universidade pública, e valorização profissional e salarial desse contingente de trabalhadores.

Ainda da ótica da relação Estado/sociedade, houve notáveis avanços na busca de negociação entre o executivo e o legislativo, em que pese a resistência que esta instância do poder apresenta frente à administração.

Um primeiro e provisório balanço da atual gestão na área da saúde, findo o governo, não deixa de ser favorável. Apesar de a municipalização não ter sido efetivada (e não por acaso), tal como reza a Constituição Federal, a saúde enquanto política pública setorial conquistou espaços no interior da administração, ganhou visibilidade política, e promoveu uma inversão das prioridades favorecendo as áreas periféricas e mais carentes.

Não obstante, os serviços públicos de saúde continuam precários, sobrecarregados, e o aumento da produtividade e da prestação de serviços à população não se faz presente nos indicadores de saúde. Mas se a epidemiologia social nos demonstra que assim é, esta experiência de gestão local vem reafirmar, por outro lado, que sobretudo em sociedades marcadas por tão profundas desigualdades sociais, como é o caso brasileiro, as políticas públicas de corte social não podem vir desvinculadas de um projeto para a própria sociedade (Cohn, 1991).

Mas é exatamente dessa perspectiva que o poder local pode se revelar um espaço privilegiado de constituição de uma nova relação da sociedade com o Estado e de construção de novas identidades de sujeitos sociais coletivos. Uma vez mais a relação não é direta nem mecânica, mas uma trajetória tortuosa e plena de contradições, como toda história.

Participação e cidadania

A experiência do município de São Paulo inova tanto ao delegar poder de decisão às Comissões de Gestão como ao combinar democracia representativa e democracia direta. Os avanços dessa experiência foram bastante diferenciados apesar de responder a uma expectativa expressa claramente pelos movimentos populares de saúde, e apesar de em algumas áreas geográficas da cidade esses movimentos datarem de mais de uma década.

Descentralização administrativa, a divisão do poder e maior comunicação e integração entre os diversos níveis de governo constituem objetivos que vêm sendo perseguidos como aspectos fundamentais da democratização da saúde. Não obstante, o acompanhamento dessa experiência de participação paritária nos distintos níveis de governo mostram a complexidade desse processo e os caminhos tortuosos da construção da cidadania quando olhada da perspectiva da relação dos distintos segmentos da sociedade com o poder público.

Do ponto de vista institucional, a proposta da descentralização com autonomia efetiva dos distritos sanitários e administrações regionais esbarrou na lógica altamente centralizadora do aparato da administração pública, e da própria falta de autonomia da Secretaria Municipal de Saúde (por exemplo, para aquisição de material para contratação de pessoal). Em conseqüência, as propostas de descentralização com autonomia regional e local já encontraram na própria engenharia institucional da máquina administrativa um obstáculo que até o momento não foi ultrapassado, isso valendo para todos os setores.

Seguindo a experiência da participação popular e dos trabalhadores de saúde na administração direta como co-responsáveis pela gestão da coisa pública um balanço revela que:

a) a vontade política da administração de implementar e viabilizar a participação é fator fundamental para que ela ocorra. Noutros termos, não basta instituir os canais de participação; é necessário que a própria administração impulsione o processo junto aos trabalhadores da saúde e à população.

b) em conseqüência, existe uma correlação direta entre o grau e qualidade da participação e a identidade dos profissionais que ocupam os cargos de direção nos distintos níveis com a proposta de governo. Mesmo porque em boa parte dos casos os contatos da direção com os representantes da população ocorrem por canais informais, sendo freqüente

em algumas das administrações regionais que esses profissionais façam parte do próprio movimento popular de saúde.

c) da mesma forma, existe uma correlação direta entre a antiguidade e a solidez do movimento popular e a disposição em participar da gestão. Tanto no nível central quanto nas unidades de serviço a maior representação recai sobre esses movimentos. Quanto menos estruturados e mais frágil a mobilização, maior o temor de a participação na gestão significar o perigo da cooptação pelo poder municipal.

d) a dificuldade que os movimentos populares vêm apresentando para formar novos quadros, até por sua própria dinâmica interna, de um lado, e a diversidade dos processos de escolha do representante do usuário, de outro, acabam por criar importantes redes de solidariedade entre eles, e por paradoxal que possa parecer, uma mais fácil adaptação às realidades locais, reforçando por essa via a seleção de pessoas mais comprometidas com os interesses da população.

e) esses movimentos constituíram-se a partir de fins dos anos setenta e início dos anos oitenta, o que lhes legou a tradição da mobilização apresentando demandas para a administração local, dirigindo-se diretamente ao nível executivo central. Diante disso, agora esses movimentos populares sendo co-responsáveis pela gestão, a sua relação com o executivo no nível central, o legislativo, os partidos políticos, e das lideranças com suas bases apresenta-se como uma relação extremamente complexa. Mesmo quando a presença partidária é forte e evidente, os movimentos continuam afirmando-se como não partidários; a responsabilidade pelas carências dos serviços e de atender às demandas da população continua sendo algo externo aos próprios movimentos; e a relação com o legislativo, tal como com o executivo central, revela-se como uma relação predominantemente de pressão e não de negociação.

Em decorrência, e talvez seja este um dos fatores mais importantes, ou pelo menos um fato inédito, estabelece-se uma relação de *cumplicidade* entre a administração e os movimentos populares. De um lado, aquela necessita que os movimentos lhe apóiem quando da disputa de recursos orçamentários para o setor ou da negociação de projetos de lei no legislativo; de outro, é necessário que em algum grau as demandas das bases sociais dos movimentos sejam atendidas para que suas lideranças sejam por elas legitimadas.

f) nesse jogo complexo foram sendo criados novos espaços institucionais que para além da participação se constituem em espaços que possibilitam a constituição da identidade desses novos sujeitos sociais coleti-

vos. Não só a saúde conquistou um novo *status* no interior das políticas públicas no nível local como o leque de atores na gestão da coisa pública efetivamente se ampliou.

g) mas como inexiste uma clara separação de interesses e distintas visões de mundo entre os representantes da administração e dos setores organizados da sociedade (os usuários), isso tem reflexo na forma de se trabalhar o conflito. De fato, as decisões na maioria das vezes são tomadas por consenso e a responsabilidade pelas insuficiências materiais e de recursos humanos atribuída aos níveis superiores. Nestes casos, a participação tende a assumir um papel mais reivindicativo dirigido ao nível central, repondo-se assim de forma indireta a centralização no processo de tomada de decisões, o que é frontalmente contraditório com a proposta de democratização e descentralização que se vem buscando implementar.

h) nesse processo as maiores resistências à participação são identificadas nos trabalhadores da saúde e nos profissionais médicos, que vêm nessa experiência a ameaça de maior controle sobre eles. De fato, um retrato da composição das Comissões de Gestão revela que na sua grande maioria elas são compostas por mulheres, e no caso da representação dos trabalhadores por profissionais não médicos, sendo freqüente a intervenção da direção para que essa representação se viabilize.

Essa experiência de participação popular na gestão pública no setor saúde além de inédita é bastante recente. Afinal, as primeiras Comissões de Gestão começaram a ser implantadas em meados de 1989. Uma primeira aproximação para avaliá-las permitiria, no entanto, afirmar sua configuração como instituindo canais de participação que, embora predominantemente do tipo de uma "participação administrativa" (Benevides, 1991), ela traz consigo a possibilidade de contemplar a diversidade concreta desses atores em sua relação com a administração pública, constituindo-se portanto num espaço que possibilita o reconhecimento de sua alteridade perante o Estado.

Segundo Maria Victória Benevides, embora nestes casos não se trate "de questões de política global no sentido da realização do bem comum" porque o cidadão pode se diluir no "consumidor", no "contribuinte", no "usuário" etc., essa participação apresenta como vantagens evidentes "a correção sobre a burocracia centralizadora, opaca, autoritária", ao que se associa o fato de para a grande maioria da população o poder ser a administração. Afirma a autora que para essa larga parcela da população "o governo, em suas várias intervenções, é o rosto cotidiano do Estado —

a polícia, os serviços públicos, os impostos... O Parlamento e as discussões 'políticas' estão longe, quase inacessíveis" (p.18).

De fato, experiências como a do município de São Paulo trazem à tona a ausência nos estudos da área e na prática política do movimento sanitário de uma concepção de Estado que não se restrinja aos três poderes (executivo, legislativo e judiciário), relegando a segundo plano o fato de que o contato da população com o Estado, e sua relação com a esfera pública dá-se no seu cotidiano, não se restringindo aos momentos de escolha da representação.

Essas experiências apontam também para um outro fator, nuclear na atual conjuntura de consolidação democrática no país. Esse fator consiste exatamente em evidenciar as práticas de implantação das políticas sociais dirigidas às classes populares como um espaço fundamental de poder na trama social (Sader, 1988). É aqui que a presença de setores organizados e combativos da sociedade, sobretudo dos setores populares, significa a efetividade da esfera pública, possibilitando o rompimento das tradicionais práticas autoritárias, clientelistas e assistencialistas do Estado e forjando a constituição da identidade desses novos sujeitos sociais coletivos: não mais párias da sociedade, mas cidadãos. Mas tampouco cidadãos dependentes do Estado, e sim o aprendizado do exercício da cidadania ativa.

E aqui os desafios de natureza teórico-metodológica que se nos apresentam são inúmeros. De imediato emergem dois deles: que novos ou reformulados antigos conceitos e categorias permitem articular a pulverização e o caráter multifacetado das práticas desses novos sujeitos que entram em cena. E segundo, como no caso específico da saúde a *necessidade* (técnica e sentida) se transforma em *demanda* (procura de serviços, mobilização e pressão, ou questão social da ótica da administração pública), e esta em *direito* (reconhecido e legitimado) tanto da ótica desses sujeitos sociais nas suas práticas cotidianas como da ótica da relação Estado/sociedade.

Afinal, o que está em questão é não só a preservação da ordem político-institucional construída no interior de um processo de transição democrática conservadora, mas a suplantação da dinâmica das políticas públicas de corte social enquanto reprodução das desigualdades sociais para a de construção de uma nova ordem que articule democracia política e democracia social. Isso, desde logo, descarta para a sociedade brasileira, dada a magnitude da pobreza, a via neoliberal, tendo por sua vez já sido demons-

trado historicamente que também a experiência de um Estado autoritário, mesmo que formalmente democrático, não pareça ser o caminho.

Referências bibliográficas

AFONSO, J. R. R.1992. *Evolução Real e Estrutura da Receita dos Municípios Não-Capitais: 1988-1991. (mimeo)*

BENEVIDES, M. V. B., 1991. *A Cidadania Ativa — Referendo, Plebiscito e Iniciativa Popular*, São Paulo, Ática.

COHN, A. et al., 1991. *A Saúde como Direito e como Serviço*, São Paulo, Cortez /CEDEC.

COHN, A., 1991. O Planejamento Social no Contexto de Crise, *São Paulo em Perspectiva*, vol. 5, nº 4, São Paulo, pp. 28-42.

DRAIBE, S. M. 1990. As políticas sociais brasileiras: diagnósticos e perspectivas, Brasília, IPEA/IPLAN, *Para a Década de 90 — Prioridades e Perspectivas das Políticas Públicas*, vol. 4.

ESPING-ANDERSEN, G., 1991. As três economias do Welfare State, *Lua Nova*, CEDEC, São Paulo, nº 24, pp. 85-116.

HEIMANN, L. S. et al., 1992. *O Município e a Saúde*, São Paulo, Hucitec.

ISUANI, E. A. 1990. *Crisis, Estado y opciones de política social* Nepp/Unicamp, São Paulo. (mimeo)

KING, D. S, 1988. O Estado e as Estruturas Sociais de Bem-Estar em Democracias Sociais Avançadas, *Novos Estudos Cebrap*, nº 22, São Paulo, pp. 53-76.

NAVARRO, V. — Producción y Estado del Bienestar. El contexto político de las reformas, *Sistema 102*, maio 1991, Madrid, pp. 31-67.

PAOLI, M. C., 1991. Movimentos Sociais, Cidadania, Espaço Público: Perspectivas Brasileira para os Anos 90, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, nº 33, vol. 2, Coimbra, pp. 115-134.

SADER, E., 1988. *Quando Novos Personagens Entraram em Cena — Experiências e Lutas dos Trabalhadores da Grande São Paulo (1970-1980)*, São Paulo, Paz e Terra.

SANTOS, B. S., 1989. *O Estado e os Modos de Produção do Poder Social*, Oficina do Centro de Estudos Sociais, nº 7, fevereiro, Coimbra.

TELLES, V. S., 1990. A Pobreza como Condição de Vida: Família, Trabalho e Direitos entre as Classes Trabalhadoras Urbanas, *São Paulo em Perspectiva*, vol. 4, nº 2, pp. 37-45.

Conselhos de Saúde e Controle Social

Célia Leitão Ramos

Introdução

O objetivo deste trabalho é contribuir para a discussão sobre os Conselhos de Saúde — em seus vários níveis —, tentando entender seus princípios organizadores, o significado que têm na conjuntura brasileira pós-80 e refletir sobre os avanços e dificuldades que vêm ocorrendo para sua implementação.

Os Conselhos são instâncias de ação política que articulam, no interior do campo da saúde, as ações do Estado e da cidadania, com a finalidade de ampliar o controle social na gestão do Sistema Unificado de Saúde (SUS), juntamente com outros instrumentos participativos. Analisando o quadro atual, podemos afirmar que a idéia da existência dos Conselhos no plano jurídico e no discurso político-institucional é inquestionável. Já do ponto de vista da avaliação política, o que interessa é discutir a "colocação em ação" dessas conquistas e que atores ou segmentos sociais estariam atuando para a facilitação do projeto ou para seu fracasso.

No modelo brasileiro, os Conselhos de Saúde não são os únicos órgãos controladores das ações do SUS. A importância e peculiaridade que apresentam é serem de natureza mista em sua composição. Outras formas de controle são as Comissões de Saúde existentes nas diferentes esferas do poder legislativo, e na esfera do Judiciário espera-se o aperfeiçoamento gradual do sistema através do cumprimento das leis e a defesa dos direitos do cidadão quanto à sua saúde. Outras instâncias do Estado que atuam na ação fiscalizadora são os tribunais de contas, em seus diferentes níveis.

De maneira sucinta, os órgãos controladores do SUS podem ser classificados ou analisados como pertencentes à esfera do Estado, à esfera da sociedade civil, ou de caráter misto. Do ponto de vista setorial, determinados órgãos pertencem à esfera da saúde e outros estão colocados fora

dela. Estes órgãos são fundamentais para o acompanhamento da implantação, gestão e avaliação do SUS, no sentido de atingir as metas de eqüidade e universalidade nele propostas.

Por lei, os Conselhos de Saúde devem ser compostos de forma paritária — 50% de usuários e 50% de representantes do Estado e do setor saúde — e devem ser de caráter deliberativo. O chefe do poder executivo, em cada nível que corresponda, tem que homologar as decisões tomadas pelo Conselho, mas é este que tem papel de decisão. Estas decisões tratam da formulação de estratégias e do controle da execução da política do SUS, incluindo aqui o pleno acesso aos aspectos econômico-financeiros voltados para o setor. No que se refere ao Fundo de Saúde — conta única para onde fluem todos os recursos para a saúde, em cada nível —, a recomendação legal é clara: a auditoria e controle são feitos pelo Conselho de Saúde. Outros relatórios de gestão, referentes aos planos e metas alcançados, também estão previstos de serem acompanhados e analisados pelos Conselhos.

Outro instrumento de participação mista são as Conferências de Saúde, que têm ocorrido em períodos irregulares,[1] para as quais devem ser convocadas instituições públicas e privadas de saúde, entidades representativas de usuários e universidades ou instituições que formem recursos humanos para o setor, além da imprensa, políticos, público em geral e mesmo observadores estrangeiros devidamente credenciados. As Conferências ocorrem nos três níveis de governo: local, estadual e nacional (IBAM, 1991; 1991a; 1992; 1993; *Jornal Presença* nº 13; Carvalho & Santos, s/d; Plenária Nacional de Saúde, 1993).

Conselhos de saúde e a nova ordem social

Os Conselhos de Saúde funcionam em três níveis: o Conselho Nacional de Saúde (CNS), os Conselhos Estaduais de Saúde (CES) e os Conselhos Municipais de Saúde (CMS). Há, ainda, pressupostos legais que garantem a instalação e funcionamento de Conselhos setoriais: Saúde do Trabalhador, da Mulher, Violência, Criança e Adolescente. No campo onde se dá realmente a prática política sanitária, nota-se uma tendência a fortalecer os Conselhos — principalmente nos níveis municipal e nacio-

1 Apenas a IX Conferência, em agosto de 1992, ocorreu após o restabelecimento do regime democrático no país.

nal, com menor ênfase no nível estadual. As razões das polêmicas residem na forma pela qual as ações de gestão, controle e avaliação devem ocorrer, ou seja, como se distribui o poder, em bases democráticas, numa sociedade com tanta exclusão. Estas discussões em geral referem-se ao entendimento da aplicação da lei, ou seja, a idéia de "controle" em si mesma, a composição paritária "possível" entre Estado, serviços e usuários, e força "deliberativa" dos Conselhos diante dos demais poderes e do setor privado.

De qualquer forma, não há como negar que os Conselhos de Saúde podem ser definidos como um projeto preocupado em assegurar a presença da sociedade civil, de forma realmente efetiva, participativa, na defesa dos interesses da população, na geração de políticas do setor, no acompanhamento da consecução das mesmas e na avaliação do sistema como um todo ou em relação a programas específicos. Sua existência de maneira alguma pretende inibir que a cidadania se organize de forma autônoma e busque formas próprias de reivindicações. Do ponto de vista da subjetividade do discurso político-institucional e jurídico, tal efeito não é sequer desejado, já que a lógica de implantação do SUS pretende, através da descentralização, democratizar a área administrativa, tornar a estrutura de poder mais flexível e possibilitar tomadas de decisão que levem em conta vários pontos de vista. Poderíamos resumir dizendo que é uma tentativa de pensar o sistema como um todo atuando localmente. Tais objetivos, se atendidos, tenderão a promover o fortalecimento da sociedade civil e de seus órgãos participativos.

Os Conselhos de Saúde apresentam aspectos vários que merecem atenção, mas gostaríamos de chamar a atenção para três neste artigo:

- É um projeto que apresenta propostas claras de participação, cujo principal objetivo é a consecução de uma determinada tarefa — desenvolver mecanismos de controle social no SUS —, através da articulação de três atores sociopolíticos: o Estado, o setor saúde e a sociedade civil;
- Constitui-se numa proposta de caráter setorial, no sentido "de cima para baixo", já que se originou no interior do aparelho de Estado e com a ação decisiva de agentes sociais situados no campo da saúde;
- Os Conselhos de Saúde podem ser exemplos de uma "nova" forma de atuação política, seja do Estado, ao incorporar entidades, grupos e agentes da sociedade civil na gestão da coisa pública, seja

dos próprios organismos em questão, que tendem a aderir a este encaminhamento.

Os Conselhos de Saúde Enquanto Proposta de Controle Social

No campo do social, é necessário distinguir o plano da intenção, dos projetos, das utopias, e o plano da realidade, das metas alcançadas, das possibilidades, da prática, enfim. Vendo por este prisma, os Conselhos de Saúde fazem parte das conquistas obtidas no plano jurídico-constitucional, e sua implantação ocorre à medida que o SUS também se implanta, no plano político-institucional (Dallari, 1992; Santos, 1991; Teixeira, 1992). Podemos supor que, sem que o processo de municipalização aconteça, superando problemas que vão da descentralização financeira até a organização e integração dos vários serviços e inserção dos recursos humanos, poderá haver Conselhos, mas isto não quer dizer que estes sigam o modelo "ideal". Por outro lado, como existe uma relação de complementariedade entre as partes, tais objetivos também não se darão a contento se os Conselhos forem deixados "para depois", já que uma de suas principais tarefas é colaborar na definição de priorização de ações e discutir de forma ativa os critérios de partilha financeira, tendo lado a lado o Executivo, o Legislativo e os movimentos sociais de vários tipos. Sociologicamente falando, os atores da proposta são também autores dela, e não há um *script* pronto, mas sim um cenário histórico dado, nacional e localmente. A leitura, compreensão e acordos possíveis dar-se-ão no decorrer do jogo político, na construção da cidadania, nas relações constitutivas do público e privado.

Tomando o plano da intenção, a clareza da proposta merece destaque, porque aparece quase como uma exceção a diversas crises que atingem o país e que afetam práticas e discursos. Muito dessa situação repousa na grande crise da contemporaneidade, no declínio das propostas de "igualdade e justiça social", que sofreram um abalo com os sucessivos fracassos que foram atribuídos aos *welfare states*, mais a crise do Leste Europeu, bem como na vacuidade das teses de "liberdade e modernidade", via mercado ou um Estado neoliberal, que encontram dificuldades em viabilizar, na prática, o que propõem no plano das idéias (Jacobi, 1985; Offe, 1983; Touraine, 1983; 1989). A impressão que temos é que cada vez mais há "excluídos" nas sociedades, seja por razões étnicas, econômicas, religiosas ou políticas.

No contexto brasileiro, caso exemplar de nação periférica, além de

afetados por esta crise, deparamo-nos com particularidades que são colocadas pelos eventos histórico-políticos que nos são próprios e outros que compartilhamos com os demais países da América Latina (Boschi, 1983; Chauí, 1988; Durham, 1984; Jacobi, 1987; 1989; Moisés, 1989). O mais importante, sem dúvida, é o empenho da nação na reconstrução da democracia, redefinindo, como tem sido enfatizado por vários autores, as relações entre o público e o privado, ou seja, o Estado e a sociedade. Isto implica profunda revisão burocrática dos aparelhos institucionais, compostos de máquinas administrativas com diferentes problemas para serem resolvidos, que varia da ineficiência, gigantismo, corporativismo, até a corrupção. Sob este aspecto, o SUS constitui-se num fortalecimento das idéias democratizantes e é freqüentemente citado como exemplo de resistência tanto em relação às tradicionais práticas autoritárias, seja do Estado, seja do saber médico, quanto às noções privatizantes que o setor saúde não cessa de enfrentar, enquanto uma área de política social relegada a um plano inferior na estratégia de consolidação do modelo político-econômico brasileiro (Castro, 1991; Escorel, 1987). Saímos de um quadro de autoritarismo explícito para um que defende os valores democráticos, sem definir a *res publica* que somos. Neste contexto, é comum a exagerada defesa do "nacional", do "estatal" e do "democrático", para simular interesses pouco claros para a sociedade como um todo.

Para se ter uma idéia, os quadros sobre associativismo no Brasil, divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 1988), revelam que 7 milhões de brasileiros são sindicalizados, numa população de 150 milhões de habitantes. As razões do associativismo apuradas por este órgão são as seguintes: 4.420.000 por motivos de assistência médica ou jurídica; 760.000 por causa das atividades esportivas ou culturais; e 820.000 por causa das atividades políticas do sindicato. As demais pessoas alegaram razões variadas para se associarem.

Este dados nos faz crer que, no frágil contexto de proteção social em que se encontra a maior parte da população brasileira, qualquer proposta de caráter participativo, que dependa do exercício de um prévio associativismo ou de níveis estáveis de laços sociais, vai encontrar barreiras na sua consecução. Tal é o caso do SUS, que, em todos os seus aspectos, pressupõe níveis inéditos de articulação local, estabelecimento de contratos entre setores econômicos diferentes, solidariedade da classe trabalhadora, organização popular e sindical, e uma cultura de "público" e "privado" que, para nos atermos a uma *real politik*, está longe de existir na prática política do país.

Por mais despolitizados que os dados do IBGE possam parecer, revela-se aí um fato importante para a área da saúde, se pensarmos que entre as questões jurídicas estão incluídos os aspectos ligados a acidentes de trabalho e riscos ocupacionais, aposentadorias por invalidez e licenças médicas. Neste caso, os assuntos ligados à saúde aumentam bastante seu significado, pois, vistos por outro ângulo, podem muito bem indicar uma forma "espontânea", ou não-intencional, de resistência da classe trabalhadora em relação ao desgaste de sua força de trabalho, e o sindicato, neste caso, é o *locus* onde vai buscar ajuda.

Informações do mesmo IBGE sobre a participação da população junto a partidos políticos e associações comunitárias mostram uma atividade um pouco mais intensa, apesar da qualidade dessa filiação não estar aferida. Em números, cerca de 13.800.000 pessoas participam de alguma atividade deste tipo, dos quais quase 11 milhões junto a associações comunitárias; 2 milhões, a partidos políticos; e 1 milhão, a ambos. Este quadro é importante quando pensamos que cerca de 5.000 municípios brasileiros terão que constituir seus conselhos, e não é difícil imaginar que, excetuando grandes cidades e zonas rurais com tradição de luta agrária, poucos estarão preparados para montar conselhos que funcionem cumprindo com todos os requisitos necessários de representatividade.

No contexto da situação brasileira, há uma dificuldade muito grande para a constituição e o reconhecimento dos lugares de onde falam os diferentes agentes sociais, gerando, conseqüentemente, uma crise que se reflete, por um lado, na rejeição de determinadas práticas tradicionais, mas sem que se consiga, por outro lado, clareza para as propostas emergentes, já que "novos" grupos e atores podem até ser reconhecidos em nível de discursos, mas eles próprios não são instituídos ou constituídos de forma a apresentarem propostas ou projetos claramente definidos. Isto afeta não somente os setores populares, "dominados", mas também os setores "dominantes", ou de "elite", que, embora favorecidos pela situação de alta concentração de renda, acesso à informação e capacidade crítica, com agentes ou grupos atuando a seu favor na esfera do poder, são incapazes de oferecer propostas bem definidas para compor a multiplicidade de projetos que dariam conta de colocar para dentro da esfera da sociedade nacional a multidão de excluídos.

O que estamos querendo dizer é que, para aperfeiçoar o projeto democrático na atual conjuntura, é necessário enfrentar tanto crises de objetividades de situações quanto de subjetividades na análise dessas mes-

mas situações. Nesse sentido, quando um grupo, um setor ou determinados atores conseguem, com certa clareza, propor algo para a sociedade como um todo, através de mecanismos jurídicos e político-institucionais legais, temos que reconhecer os méritos aí contidos. Isto é tanto mais significativo quando se trata — como é o caso do SUS e, dentro dele, da aprovação para a existência de instrumentos de participação e controle — de uma proposta no campo das políticas sociais, fruto de uma luta de interesses conflitivos, com a vitória da proposta que reconhece que a saúde, como campo de política social, deve ser provista pelo Estado através de seu aparelho administrativo, conjugando tranformações que se fazem necessárias para sua modernização. A descentralização e a participação cidadã fazem parte do equacionamento proposto pelo SUS para a superação das dificuldades encontradas no setor.

No campo analítico das Ciências Sociais, algumas das questões que têm sido amplamente discutidas afetam justamente o entendimento dos próprios Conselhos de Saúde enquanto uma proposta que articula o Estado, o setor saúde e a cidadania, ou seja, o entendimento de como os atores sociais — ou os grupos nos quais os vários agentes envolvidos na ação se integram — se constituem e percebem suas experiências e como são percebidos pelos demais elementos do social. A ampla noção de "transição", que adjetiva inúmeras sociedades contemporâneas, as comoções e guerras de caráter étnico e religioso que se entrelaçam com interesses econômicos e geopolíticos, pedem constantes revisões do quadro teórico que até final dos anos 60 parecia dar conta da situação mundial.

No caso brasileiro, a partir dos anos 80, a reconstrução da ordem social implica refazer ou construir mecanismos de superação de desigualdades econômicas e restabelecer mecanismos democráticos de representação política. A Constituição de 88 apresentou como solução, no caso das políticas públicas, que várias ações ocorressem em nível local, buscando com isso a contribuição da cidadania como sujeito interessado e próximo das esferas de decisão político-administrativas. Nesse sentido, contam com a adesão de setores de esquerda e também com a anuência de partidos políticos de corte neoliberal. Um novo projeto societal, portanto, pressupõe novos atores em ação e um período de busca de entendimento entre as partes envolvidas, cujas relações anteriores eram vistas como polares, antagônicas, definidas pela dualidade patrão/cliente ou dominante/ dominado.

Passa a ser uma constante indagação das Ciências Sociais, hoje, quais seriam os eixos organizadores da ordem social vigente, uma vez que ver-

tentes dogmáticas ou ortodoxas do pensamento já não dão conta dos problemas da modernidade. Isto é bem evidente no conceito de classe, por exemplo, que não dá conta de inúmeros fenômenos relativos à ação coletiva. No caso da saúde é necessário admitir especificidades de direitos e deveres típicos desse setor, desenvolvidos no interior dele a partir de lutas, conflitos, necessidades, carências e demandas cuja singularidade não está prevista ou provista no arcabouço teórico da ciência política ortodoxa ou do campo jurídico mais geral. A própria re-valoração do conceito de indivíduo — enquanto individualidade, elemento singular — contribui para o entendimento atual de cidadão, assim como a renovada defesa da idéia de participação, de solidariedade comunal, agrega riqueza à noção de cidadania.

A proposta contida no SUS, referente à participação e ao controle social via os Conselhos de Saúde, tem o mérito de ser clara quanto ao seu propósito, mas é evidente que não dá conta de mapear todas as dificuldades que a prática colocará no caminho de sua realização. A articulação entre os vários setores do governo e da sociedade — prevendo uma cooperação entre eles e um crescente nível de autonomia da sociedade civil — só se dará com a progressiva democratização da sociedade. Não podemos esperar resultados imediatos, já que a formação de redes, o aprofundamento e permanência de determinadas ações, e uma transformação mais generalizada para todos os campos e cidadãos não são conseguidos por decreto ou vitórias parciais. A importância do processo está na própria idéia de sua existência, que poderá vir a gerar ou fortalecer mecanismos de representação e novas formas de atuarem em prol de uma dada proposta.

Os conselhos de saúde enquanto uma proposta de caráter setorial

Apesar da incorporação de entidades civis no interior do campo da saúde, o fenômeno, como um todo, apresenta um forte caráter "de cima para baixo", sem que isto signifique ausência dos movimentos de base ou avanços graduais da sociedade civil, enquanto eixo organizativo das transformações ocorridas nos últimos anos da história do país. Mas, no campo da saúde especificamente, vários autores têm insistido na ação provocada pelos técnicos e determinados partidos políticos portadores de propostas de implementação de políticas sociais mais justas (Jacobi, *op. cit.*; Sader, 1988). Já existem registros de administrações — principalmente municipais — que articulam localmente os poderes executivo, judiciário e legis-

lativo no sentido de criar novas formas de relação entre eles, bem como formas administrativas mais flexíveis de modo a levar em conta os interesses do cidadão enquanto consumidor e usuário de bens e serviços.

O SUS, segundo Castro (*op. cit.*), foi a resposta setorial que primeiro conseguiu esboçar uma proposta aproveitando-se dos avanços jurídico-constitucionais no Brasil pós-regime autoritário. Os Conselhos de Saúde foram alvo de controvérsias quando inicialmente apresentados, e sua existência e conformação acabaram por ser vetadas pelo poder executivo, juntamente com outras medidas de caráter autonomista em relação aos municípios, já que o Brasil tem uma tradição de alto poder de barganha do nível federal com o local, e a proposta do SUS tem como característica principal a municipalização das ações.

As atribuições que lhes são dadas fogem das habituais propostas vagas e definem tarefas de cunho bastante específico: promoção de ações integradas; estabelecimento de prioridades para as ações; participação na definição de uma política de recursos humanos; articulação das ações de seu nível com os demais, nos sentidos horizontal e vertical do sistema. Seu caráter é deliberativo e consultivo, e a indicação dos representantes deve partir das instituições componentes, rompendo, assim, com a rotina clientelista ou fisiológica que costuma ocorrer nesses casos. Como já afirmamos anteriormente, prever ou prover tais ações não é garantia de seu êxito, mas, sem dúvida, trata-se do rompimento de uma forma "antiga" de querer fazer política, ainda que este fenômeno se dê no plano principalmente do jurídico, e a prática concreta apenas neste ou naquele município, ou estado, ou setor. O funcionamento imediato de 5.000 Conselhos Municipais de Saúde é uma utopia, mas nem por isso deve ser abandonada, pois onde existem são bem avaliados (*Jornal Presença*, *op. cit.*).

Uma das demonstrações do forte caráter setorial da proposta do SUS e, por extensão, da proposta dos Conselhos de Saúde, é a luta que o CONASEMS — Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde — e o chamado grupo municipalista, digamos assim, travam até hoje "fora" e "dentro" do campo sanitário.

Entre as vitórias obtidas para "fora", com possibilidades de contribuir para o enriquecimento da noção de cidadania, está a aprovação para a formação dos Conselhos Nacional, Estadual e Municipal de Saúde, na forma original do projeto, depois de vetado pelo Governo Collor, ou seja, com participação de usuários indicados por suas respectivas entidades, caráter deliberativo dos Conselhos e competência para atuar na elaboração de políticas. É evidente que a mera existência de instâncias colegiadas

em nível local não garante que elas funcionem de forma autônoma, mas é indicativa dos avanços políticos e jurídicos já mencionados, que tendem a diminuir a capacidade decisória da União e incorporam — ainda que idealmente — setores organizados da população nas esferas decisórias a cada nível de poder, incluindo o local, mais próximo do cidadão que qualquer outro.

Uma luta para "dentro" do sistema. A nosso ver, é a que envolve: 1. os setores públicos e privados de atenção à saúde; e 2. disputas entre os níveis municipal e estadual. Em relação ao primeiro ponto, até que se implemente a reforma constitucional é quase certo que entidades da sociedade representativas dos mais de 120 milhões de brasileiros atendidos pelo setor público não estarão organizadas o suficiente, seja em Conselhos, seja na esfera externa do governo, para pressionar a manutenção da lei, na forma como está hoje. Os Conselhos prevêem a presença de entidades privadas em sua composição, mas a prática política mais comum é o *lobbysmo* e muitas relutam em participar abertamente nos Conselhos, defendendo suas posições. As organizações cidadãs, por sua vez, são bastante incipientes, e mesmo aquelas com mais experiência de luta têm menos poder financeiro, atuam em várias frentes, ao mesmo tempo que têm menos representantes na Câmara e no Senado e não têm penetração em todas as camadas que pretendem representar. Por outro lado, o enfrentamento entre os setores público e privado não se resume em confrontos com as companhias seguradoras ou órgãos conveniados que oferecem atenção médica para cerca de 35 milhões de habitantes, aproximadamente 25% da população brasileira. O confronto se dá com os próprios usuários desse sistema, ou com um contingente de desejosos de participar do sistema privado, em cujo universo simbólico, impregnado de valores contraditórios diante da profunda crise econômica e política do país, o "particular é melhor que o público".

Assim sendo, a descentralização revestirá com novos poderes a gestão municipal, extrapolando o setor saúde, a qual terá de estar politicamente preparada para ser portadora de evidências de sua capacidade de articular — através de consórcios ou outras modalidades — os setores público e privado, de controlar de forma otimizadora os recursos voltados para o social, pois a saúde é um dos campos mais organizados para isso, pela longa luta que vem travando desde meados da década de 70, e mais fortemente ainda após meados da década de 80.

Quanto ao segundo ponto, o CONASS — Conselho Nacional de Secretários da Saúde —, órgão que agrega os secretários estaduais de saúde,

não apresenta uma clara posição em relação à direção do nível de competência dos Estados, e muitos municípios reclamam da demora dos Estados na liberação de fundos, mesmo quando todas as etapas exigidas pela lei já foram cumpridas. O fato é que setores que tradicionalmente controlam determinada forma de ação política dificilmente vão abrir mão dessa prerrogativa.

Entretanto, para comprovação deste fato, são necessários estudos mais detalhados de acompanhamento, que ainda não existem. O que podemos ter como hipótese é que, no caso da formação dos Conselhos Estaduais de Saúde, por exemplo, uma das principais dificuldades para sua instalação plena seja o confronto entre os grupos favoráveis à "centralização já" e à "descentralização gradual", com possibilidades de acordos políticos dos mais variados tipos, para além do âmbito da saúde, já que essa é uma esfera rica para se explorar lógicas de legitimação, de competência administrativa e de capacidade de interação entre os vários "poderes" locais, políticos — enquanto executivo e legislativo — e não-políticos, ou seja, forças sociais localmente ativas (Daniel, 1988).

Os conselhos de saúde como exemplo de uma "nova" forma de atuação política

Um outro fenômeno interessante de ser analisado em relação aos Conselhos de Saúde é a forma pela qual se evidencia o abandono da idéia autonomista de movimentos sociais, bem como da idéia de estado monolítico, de elites, distanciado da ação da sociedade civil. O que temos no presente caso — tanto no plano jurídico quanto nos locais onde os Conselhos têm funcionado satisfatoriamente — é o mútuo reconhecimento de que é possível estabelecer laços de solidariedade entre diferentes agentes, buscando um bem comum. Mesmo em casos de crises, as dificuldades podem ser vistas como próprias da arena política, onde vários interesses estão representados, várias subjetividades latentes buscam formas de expressão, e a ação coletiva não aparece univocamente. Pelo contrário, ao terem um espaço de interação que pressupõe relações concretas, singulares, certas tendências tornam-se mais claras, e distorções estruturais mais persistentes podem ser melhor analisadas. Mantendo íntegra a idéia de Conselhos como órgãos participativos, as desigualdades poderão vir a oferecer mais possibilidades de serem observadas e muitas ações podem vir a ser redefinidas.

O que estamos afirmando, em suma, é que não cessarão de imediato,

e talvez nunca, tentativas de transformar os Conselhos de Saúde em arenas de tráfico de influências, seja em sua relação com o Executivo, com o Legislativo ou na interface com setores privados da saúde. Quanto mais objetivas forem as propostas ao redor das quais os Conselhos se debruçarem, enquanto câmaras técnicas, mais a ação dos sujeitos tenderá a ser isenta de problemas além daqueles normalmente verificados na dinâmica social. Esta dinâmica, portanto, que na prática se reflete nos canais percorridos para a resolução dos problemas em pauta, deve ser estreitamente controlada. Através desse processo é possível o aperfeiçoamento de práticas democráticas, em direção a determinados projetos e utopias, que no caso da saúde tem como consignar a saúde como dever do Estado e direito de todos.

O temor do fisiologismo, do cartorialismo, além da longa fase não democrática que caracterizou o país, sempre fez com que os movimentos realmente representativos da população, bem como sindicatos e associações profissionais, tendessem a estar absolutamente contra participar de instâncias onde também estivessem representantes do Estado, de partidos políticos ou de agentes tecnoburocráticos do sistema (Boschi, *op. cit.*; Cardoso, 1983; Chauí, *op. cit.*; Durham, *op. cit.*; Jacobi, *op. cit.*; Machado & Ribeiro, 1985; Ramos, 1992). O mesmo fenômeno afastava — e ainda afasta — o Estado das formas de organização da sociedade civil — porque nunca as via como compostas de legítimos interlocutores, sujeitos autônomos, portadores de subjetividades sobre formas diferenciadas de construir e reconstruir a ordem social. A idéia de Conselhos de Saúde traz como pressuposto o ressurgimento do público como a melhor via para a distribuição cada vez mais eqüitativa de ações de saúde, ainda que articulando-se com o privado. Ela propõe uma evidente conexão — em níveis teórico e de proposta política — entre formas tradicionais de lutas e reivindicações com processos mais recentes de reorganização da ordem democrática, que incorpora processos mobilizadores inéditos, com novos personagens e jeitos de condução e atuação.

Conclusão

A Constituição brasileira de 1988, conforme apontam vários autores, contém propostas avançadas no campo das políticas sociais e supõe a necessidade de pactos que articulem, de maneira diferente da atual ou da historicamente conhecida, as esferas do Estado, do trabalho, do capital e da tecnoburocracia. Ela contraria o propalado neoliberalismo que chegou

rompante — pelo menos no Brasil — com o governo Collor e foi derrotado muito mais pela ineficiência e corrupção na condução administrativa da coisa pública do que pela vitória de uma alternativa organizada bem encaminhada e acabada que oferecesse ao país as benesses do *welfare state*. É verdade que ocorreram manifestações da cidadania e que os jovens, depois de anos de letargia aparente, foram às ruas com suas "caras pintadas", recuperando o sentido de uma alegre e correta possibilidade de construção de um país renovado. As próprias elites, que a princípio apoiaram o governo deposto, apoiaram seus representantes no Congresso a votarem pelo *impeachment*.

Este grupo de elite, adepto do modelo neoliberal que prega livre-mercado o Estado mínimo, é composto por antigos "beneficiários da ineficiência estatal", agora "embalados por um thatcherismo fora do lugar", como aponta Fiori (1992). Este mesmo grupo, entretanto, que foi contrário a várias propostas de avanço na Carta Constitucional, tenta constantemente emperrá-la quando determinados setores tentam levar as conquistas jurídicas adiante. Tal é o caso da indústria farmacêutica, que sistematicamente se opõe e desafia setores da área econômica, da saúde e da defesa do consumidor, chegando a um confronto direto com o Executivo e o Judiciário, e provavelmente estará a postos para reverter pontos significativos da Constituição, referentes a ganhos sociais e controle sobre preços e direitos cidadãos.

A descentralização de poderes não necessariamente é uma bandeira que os adeptos da privatização vão deixar de empunhar. É necessário, porém, indagar o que cada segmento ou grupo social representado entende por tal processo. Os aspectos de políticas sociais são bem vistos pelos municipalistas, embora por razões absolutamente diferentes. O grupo que vê na reforma tributária uma via ainda mais segura de colocar nas mãos do poder local elementos de negociação, compra e cooptação, dentro do tradicional modelo clientelista, está e estará pensando como sempre esteve, em seus currais eleitorais, formas de enriquecimento ilícito e modos de subsidiar atividades que acumulem rapidamente para dentro dos setores que o apóiam. Mas, por outro lado, o cenário político local — à semelhança do que aconteceu com o nacional — sofreu transformações radicais a partir de 1980 e novos partidos e atores entraram na cena política, e, sem dúvida alguma, ampliou-se a representação de segmentos antes pouco representados, tais como trabalhadores e setores urbano-industriais de corte mais avançado. Estes sujeitos, através de seus discursos e práticas, tentam uma inflexão no modelo político vigente, defendendo o controle social, a auto-

nomia dos movimentos e das várias formas de participação, e propondo formas alternativas de mobilização de recursos, enfim, uma nova subjetividade democrática, a partir de uma prática democrática *de facto*, sem pretender ausência de crises. O reconhecimento de novos atores sociopolíticos e institucionais é parte do processo da ressureição democrática no país, que não implica ter as contradições para sempres anuladas. Serão necessários pactos e acertos. A construção de utopias não será abandonada, mas para haver arranjos é preciso criar condições onde se estabeleça o diálogo sem coerção, ou submissão comprada, ou repúdio à idéia de negociar com o "outro", ou seja, o mundo do capital.

Os Conselhos de Saúde são um desses espaços propostos. Embora setorialmente previsto e criado no interior do SUS, ele, em tese, é agente fundamental para uma forma mais efetiva de planejamento, que rompa com os cartórios e convênios clientelistas que ocorrem em outras esferas de ação. A política de saúde, municipalizada e com controle social em andamento — controle esse mais plenamente exercido em nível local, quando se trata de ações que mais diretamente dizem respeito às condições de reprodução social do cidadão — favorecerá, com certeza, um planejamento de caráter espacial, integrado com outras ações definidas como prioridades locais, favorecendo o que Castro (*op. cit.*) denominou a "territorialização das políticas sociais".

Os Conselhos, em vários níveis, estão previstos para funcionar não só na saúde, mas também em outras áreas. Sua mera existência, já dissemos, não garante imediato controle social perfeito, mas é parte de um processo que contribuirá para redefinir a questão das relações público/privado no Brasil, seja na proposição das políticas, seja no controle e avaliação delas. Além de questões sobre a forma, composição e caráter dos Conselhos, há também dificuldades visíveis na articulação entre os âmbitos nacional, estadual e local. O porte e importância das cidades, características rurais ou urbanas das mesmas, são variações de problemas a serem encarados e que aparecem no momento tanto da municipalização quanto da constituição dos Conselhos. Outra complexidade é a articulação dos Conselhos com outros de caráter setorial, específicos por área ou programa de saúde, como Saúde do Trabalhador, da Criança, da Mulher etc. Um Conselho de uma mega-cidade, por exemplo, pode ofuscar a ação de um Conselho Estadual, assim como Conselhos setoriais onde estejam representadas as forças sindicais e organismos bem estruturados de defesa do consumidor podem sobrepor-se à ação de Conselhos locais. A necessidade de compor Conselhos, por outro lado, pode ser um elemento ins-

tigador ou fortalecedor de organizações representativas da população, de tradição frágil, com atuações esporadicamente relevantes, na maioria das vezes sem continuidade. Experiências locais de Conselhos, de acordo com relatos feitos por vários secretários de saúde na IX Conferência, dão conta de uma nova forma de atuar de setores antes vistos como ausentes ou manipuladores, mas que se revelam atuantes e interessados nas arenas políticas propiciadas por estas práticas, tais como pequenos comerciantes, pequenos proprietários e microempresários. Os anos 90, para o setor saúde e para o país como um todo, podem representar a consolidação democrática tão esperada, e os Conselhos de Saúde podem vir a cumprir papel fundamental nesta tarefa.

Referências bibliográficas

BOSCHI, R., 1983. *Movimentos Sociais e a Institucionalização de uma Ordem.* (mimeo)

BRASIL, *Lei De Diretrizes Orçamentárias* nº 8.074, de 31/07/90.

BRASIL, *Lei Orgânica De Saúde* nº 8.080, de 19/09/90.

BRASIL, *Lei* nº 8.142, de 28/12/92.

CARDOSO, R., 1983. Movimentos sócio-urbanos: Balanço crítico. In: *Sociedade Política no Brasil Após 64.* (M. H. Almeida & B. Sorg, orgs.), Brasiliense.

CARVALHO, G. I. & SANTOS, L., s/d. *Sistema Único de Saúde — Comentários à Lei Orgânica de Saúde.* Hucitec.

CASTRO, M. H. G., 1991. Descentralização e política social no Brasil: As perspectivas dos anos 90. In: *Espaço e Debates*, nº 32 (Brasil Pós-80), Ano XI.

CHAUÍ, M., 1988. Prólogo. In: *Quando Novos Personagens Entram em Cena.* (E. Sader, autor), São Paulo, Paz e Terra.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, Junho/1992. *Mapa da Situação da Constituição dos Conselhos Estaduais de Saúde.*

CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 1993. *Jornal Presença* nº 13, jan/fev.

CONSTITUIÇÃO BRASILEIRA DE 1988.

DALLARI, S. G., 1992. Descentralização versus Municipalização. *Saúde em Debate.* Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, nº 35.(junho)

DANIEL, C. Poder Local no Brasil Urbano. *Espaço e Debate*, nº 24. Ano VIII.

DURHAM, E., 1984. A Construção da Cidadania — *Novos Estudos. CEBRAP*, nº 10.

ESCOREL, S., 1987. *Reviravolta na Saúde. Origem e Articulação do Movimento Sanitário.* Tese de Mestrado, FIOCRUZ. (mimeo)

FIORI, J. L., 1992. Democracia e equívocos, obstáculos e desjuntivas. In: *Saúde, Ambiente e Desenvolvimento*, vol. I. (Maria do Carmo Leal et al., org.). Hucitec/Abrasco.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE, 1988. *Participação Político-Social.* Vol. 2.

______., 1991. *Conselho Municipal de Saúde. Diretrizes para Implantação.* Rio de Janeiro.

______., 1991. *Fundo Municipal de Saúde. Diretrizes para Implantação.* 2ª ed, Rio de Janeiro.

INSTITUTO BRASILEIRO DE ADMINISTRAÇÃO MUNICIPAL-IBAM, 1985. *Conselho Municipal de Saúde. Agenda para Discussão.* Rio de Janeiro.

INSTITUTO BRASILEIRO DE ADMINISTRAÇÃO MUNICIPAL/CPU/ENSUR. 1993. *Projeto "Avaliação do Funcionamento dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde".* Proposta metodológica. Rio de Janeiro. (mimeo)

JACOBI, P., 1985. *Políticas Públicas de Saneamento Básico. Reivindicações sociais no município de São Paulo (1974-1984).* Tese de Doutoramento, FFLCH/USP, USP.

______., 1987. Movimentos sociais urbanos numa época de transição: Limites e potencialidades. In: *Movimentos Sociais na Transição Democrática.* (E. Sader, org.), São Paulo, Cortez.

______., 1989. Atores Sociais e Estado. In: *Lutas Urbanas — Espaço e Debate*, nº 26.

LEAL, M. C. et al. (org)., 1992. *Saúde, Ambiente e Desenvolvimento*, vol. I e II., São Paulo, Hucitec/Abrasco.

MACHADO, L. A. & RIBEIRO, A. C., 1985. *Paradigma e Movimento Social Ciências Sociais Hoje.* São Paulo, Anpocs/Cortez.

MOISÉS, J. A., 1989. Dilemas da Consolidação Democrática no Brasil. In: *Lua Nova, Revista de Cultura e Política*, nº 16.

OFFE, C., 1983. *New Social Movements as a Meta-Political Challenge.* (mimeo)

PLENÁRIA NACIONAL DE SAÚDE, 1993. *Municipalização das Ações e Serviços de Saúde — A ousadia de cumprir e fazer a Lei.* Brasília.

RAMOS, C. L., 1992. Contribución para la discusión sobre los actores sociales. In: *Estado y Políticas Sociales en América Latina.* (S. F. Teixeira, org.). México, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

SADER, E., 1988. *Quando Novos Personagens Entram em Cena.* São Paulo, Paz e Terra.

SANTOS, N. R., Março/91. Repasses federais e a descentralização da gestão, controle e avaliação. In: *Revista Saúde em Debate*, nº 31. Março, CEBES.

TEIXEIRA, Carmen Fontes., Julho/92. Políticas de saúde no Brasil — Situação atual e desafios estratégicos. *Revista Saúde em Debate*, nº 35, julho, CEBES.

TOURAINE, A., 1983. *Le Retour de l'Acteur.* Paris, E. Fayard.

______., 1989. *Palavra e Sangue.* Campinas, UNICAMP.

Políticas Públicas, Direitos e Interesses: Reforma Sanitária e Organização Sindical no Brasil

Nilson do Rosário Costa

Reforma sanitária e questão sindical

A literatura sobre o processo de democratização tem ressaltado a baixa eficácia das políticas públicas setoriais na superação do "hiato social" brasileiro, ou seja, na atenuação das grandes desigualdades. A configuração assumida pelo sistema saúde nos anos 80 e 90 tem sido tomada como um exemplo expressivo do fracasso das pautas de proteção social.

As avaliações consensuais sobre a "falência" da rede pública de proteção social apresentam como principal característica a eleição de variáveis descritivas e impressionistas para a produção do julgamento, o que implica abandonar qualquer esforco de análise sobre a constelação de interesses que condicionam a implementação das políticas públicas, como sugerem para o caso brasileiro Mello (1991) e Castro (1989).

A leitura impressionista tende a definir o fracasso das políticas de proteção seja como um subproduto do regime de acumulação, que armou-se de um Estado impermeável ao problema da reprodução da força de trabalho, seja como conseqüência de relações de poder originadas do clientelismo, do compadrio, da cultura do favor, que introduziram elementos disfuncionais ou não racionais na implementacão dos programas setoriais.

Neste texto pretende-se relativizar estas hipóteses, problematizando o tema da organização de interesses para compreender os impasses dos projetos de inovação política formulados para o setor saúde na década de 80 e ressaltar a constituição de arenas onde atores socias asseguram formas privilegiadas e exclusivas de acesso a benefícios sociais.

No setor saúde tem-se nos anos 80 o desenvolvimento de um projeto com pretensões redistributivas, sintetizado na expressão Reforma Sanitá-

ria que, como em outras experiências históricas, identifica as inovações propostas sobre as noções de eqüidade e justiça no campo médico-sanitário.

O imaginário da Reforma Sanitária tem servido para designar, como lembra Cohn (1989), as iniciativas de reformulação normativa e institucional que colocaram explicitamente na agenda pública o debate sobre o direito universal à saúde.

A expressão "saúde — direito dos cidadãos, dever do Estado", consagrada como princípio Constitucional em 1988, resumiu uma longa trajetória de inovações políticas que visaram assegurar, para todo habitante do território brasileiro, o acesso universal à oferta de atendimento integral à saude sob o mandato público.

Como apontam Faveret & Oliveira (1989), a proposta de "universalização" do acesso a todos os níveis de atenção à saúde, independente do lugar no mercado de trabalho, confrontou o desenho histórico da cidadania regulada e sua expressão na política sanitária.

A Reforma Sanitária colocou na agenda a proposta do Sistema Único de Saúde, para justificar a gestão unificada de todos os serviços de saúde em cada nível de governo; a criação de um fundo público solidário de financiamento no bojo de um orçamento específico da Seguridade Social; a institucionalização de mecanismos públicos de regulação e controle das ações e atividades que afetem as condições sanitárias coletivas e individuais e o estímulo à concertação de interesses através da participação nos Conselhos de Saúde (Cordeiro, 1991).

O projeto apresentou uma agenda redistributiva com a eliminação da contribuição previdenciária como pré-condição para o direito ao atendimento, permitindo teoricamente a realização de uma significativa transferência de recursos dos segmentos que contribuem para o financiamento do sistema na direção dos não contribuintes.

A proposição da Reforma Sanitária sugeria assim uma ruptura, que alguns definem como "pioneira", no padrão de intervenção estatal no campo social moldado na década de 30 e desde então mantido intacto em seus traços essenciais. "Com ela surge na cena política brasileira a noção de direito social universal, entendido como um atributo da cidadania sem qualificações, ao qual deve corresponder, como direito, não como concessão, uma ação estatal constitutiva da ofertas dos serviços que lhe são inerentes." (Faveret & Oliveira, 1989:8).

É óbvio que algumas das soluções para a incorporacão das "populacões marginais" ao mercado consumidor de cuidado público de saúde

foram originadas no regime autoritário em meados dos anos 70. Ainda assim, é importante destacar o conflito aguçado particularmente nos anos 80 entre um modelo de reforma setorial explicitamente inspirado no paradigma da proteção social universal e solidária e a dominância, nas organizações de interesses, de demandas por atendimento privado autonomizado do mandato público.

A literatura chegou a denominar esta tensão de "tendência estrutural" nas demandas, que qualificaria dois modelos: um mais próximo do sistema de saúde americano, com o crescimento, em resposta às reivindicações da organização de interesses, da oferta do atendimento médico-hospitalar através do seguro-saúde; outro, resultante da ação compensatória ou inercial do sistema público, aparentemente dirigida às populações não organizadas ou de menor poder de barganha. Embora a literatura erre ao supor uma dualidade tão rígida entre os sistemas e subestime a robustez do setor público que financiou, no ano de 1987, 70% das internações hospitares no país (Datasus, 1994), a imagem serve pelos menos para efeitos analíticos.

É possível sustentar que um aspecto determinante desta "tendência estrutural" foi a ativa opção pelo atendimento diferenciado das organizações intermediárias que articulam interesses, como os sindicatos e associações profissionais e funcionais.

Estas demandas teriam contribuído para a consolidação do mercado diferenciado de assistência médica no Brasil, que não só é autônomo ante o mandato público, mas que principalmente questiona as concepções fundamentais de solidariedade subjacentes ao projeto de Sistema Único de Saúde e universalização de direitos.

Esta tensão entre uma agenda publicista e a organização de interesses é a problemática central e específica dos anos 80, embora a questão da diferenciação da assistência médica para a força de trabalho ativa não constitua uma novidade. Está na própria gênese da cidadania social brasileira, que condicionou desde os anos 30, através do vínculo contributivo, o acesso a serviços de internaçcão hospitalar e atendimento ambulatorial.

A novidade é que no início da década de 70. em decorrência da ruptura imposta pelo regime militar no arranjo institucional do populismo, foram feitas alterações significativas na escala e no escopo dos benefícios de políticas sociais. Esta ruptura significou a ampliação dos beneficiários, com o acesso dos autônomos, empregadas domésticas e trabalhadores rurais a alguns dos serviços de saúde hospitalar e ambulatorial da previ-

dência social até então restritos às categorias do mercado de trabalho formal urbano.

Esta mudança pulverizou em definitivo a organização por categoria funcional dos serviços de saúde da previdência social e impulsionou também a oferta de leitos privados para responder aos novos consumidores de internação hospitalar e cuidado ambulatorial. Além disso, uma especial "re-diferenciação" seria feita entre os prestadores privados com o estímulo à prestação de assistência por empresas médicas especializadas para a força de trabalho de grandes empresas. De qualquer modo, nesta fase, precisamente a década de 70, a expansão da oferta de atendimento médico deu-se através do impulso público e sob patrocínio da previdência social.

O campo da medicina empresarial voltado para a força de trabalho ativa e formalizada responderia a estas mudanças no sistema de assistência médica-previdenciário através de um peculiar desenvolvimento e legitimação social, principalmente nas décadas de 80 e 90. Se nas greves do ABC, em fins da década de 70, a "medicina de empresa" foi vista como parte do esforço de "controle sobre a força de trabalho", nos anos subseqüentes a demanda por assistência médica diferenciada da oferta da previdência social e, posteriormente, do SUS, transforma-se-ia em item da agenda de negociação coletiva por força do grande anseio por serviços sociais advindos das bases sindicais.

Uma pesquisa da Central Única dos Trabalhadores (CUT), apontou que 49,5% dos sindicalizados da Grande São Paulo dos setores metalúrgico, químico, construção civil, têxtil bancário, comerciário e transporte coletivo tinham como principal motivo para a entrada no sindicato a possibilidade de acesso a serviços sociais (CUT, s.d.).

As convenções coletivas de quatro sindicatos de São Paulo, em fins da década de 80, fazem referências explícitas aos convênios médicos, apesar de incluírem pautas de saúde do trabalhador extremamente inovadoras e complexas (Quadro 1). Mesma característica apresenta a agenda dos trabalhadores dos setores eletricitários, de telecomunicações, bancários, processamento de dados, aeroviários e sindicatos metalúrgicos da Grande Belo Horizonte, que revela um igual leque de demandas para controle dos riscos sanitários e regulação do processo de trabalho, não havendo, no entanto, quaisquer referências a pautas de política de saúde que considerassem as necessidades da população estruturalmente fora do processo produtivo (Quadro 2).

Em fins da década de 80, a demanda por serviços supletivos de saúde

tornou-se efetivamente componente implícito das negociacões entre capital e trabalho. Recorrendo aos acordos coletivos da Petrobras (1979-1990), dos bancários-RJ (1978-1990), dos bancários de São Paulo, Paraná, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul (1988), entre outros, percebe-se que a preocupacão em ampliar o universo dos beneficiários prendeu-se apenas à garantia do direito à assistência para o trabalhador e dependentes na hipótese de perda do emprego.

A proposta de Contrato Coletivo de Trabalho dos Bancários, feita pelo Depto. Nacional dos Bancários da Central Única dos Trabalhadores, expressou bem este projeto: "as empresas obrigam-se a custear, integralmente, as despesas decorrentes da manutenção de convênio médico, odontológico e hospitalar, que beneficie o empregado dispensado e seus dependentes legais até 365 dias após a data do desligamento do empregado." (CUT, 1989) Esta preocupação com o trabalhador na situação de desemprego e, portanto, dependente do atendimento público, apareceu em vários outros acordos, sendo um registro relevante do reconhecimento pelos sindicatos das grandes dificuldades de realização, fora do circuito do trabalho, de alguns direitos essenciais de assistência à saúde e uma prova de distanciamento ativo da agenda publicista.

Esta disposição para excluir os temas de políticas gerais das suas negociações no nível da empresa ou do setor produtivo, longe de ser apenas um produto da imposição unilateral das burocracias públicas, parece estar na gênese da cultura associativa sindical brasileira. Esta cultura da diferenciação explica a grande mudança na oferta de serviços de atendimento médico desvinculada do orçamento público e orientada para o "mercado", que além da medicina de grupo, ganhou o reforço de outras modalidades como cooperativa médica, autogestão, seguro-saúde, plano de administração que já atendiam a 37,5 milhões pessoas em 1993 (Quadro 3), dos quais 2/3 tinham acesso aos benefícios através do vínculo de emprego.

O mais sério dos paradoxos é que este processo transcorreu em um contexto de razoável institucionalização da representação sindical nos fóruns de gestão e formulação das políticas públicas de saúde, principalmente a partir das mudanças legais sugeridas pela VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986. Não raro as representações sindicais pugnaram por teses publicistas, quando não estatizantes, apesar de sustentarem uma agenda auto-referida e segmentadora nas mesas de negociação. Este paradoxo indica uma razoável inconsistência na relação entre a represen-

tação institucional e o curso dos interesses das categorias representadas nos fóruns de participação.

Os novos e ambíguos compromissos que estebeleceram as organizações de interesse com o Estado brasileiro nos anos 80 estão implicitamente presentes neste debate setorial, desde o momento que foram instituídas as representações *funcionais* para dar suporte às proposições de inovação da política de saúde. Foi invocada a mediação das organizações sindicais e profissionais, de usuários e empresários para concertar a implementação da política no setor.

Havia neste movimento o reconhecimento implícito que a ação do sistema partidário, do poder legislativo, dos executivos e das burocracias, além das reivindicações dos movimentos sociais no sentido estrito, não asseguravam condições de governabilidade para desenvolvimento da idéia de Sistema Único de Saúde redistributivo e público.

Na proposta dos mecanismos colegiados de participação esperava-se a criação do consenso e a solução dos conflitos por benefícios e privilégios, dando forma aos dispositivos constitucionais e legais de coordenação entre os vários orgãos do aparelho estatal e de articulação entre organizações de interesses.

É sempre útil recordar a sugestão de Offe (1989) sobre os três níveis de problemas a respeito da estratégia institucionalização do conflito ou de atribuição de *status* público a *grupos de interesses* para implementação, formulação ou regulação de política pública.

1 — o *nível da consciência e do sentido de identidade coletiva e valores* dos membros que constituem os grupos de interesse;

2 — as *diferenças de oportunidades socioeconômicas* que estratificam conjuntural ou estruturalmente os beneficiários de políticas setoriais;

3 — as *formas e as práticas intitucionais* que são proporcionadas ao grupo de interesse pelo sistema político e estrutura burocrática e que atribuem-no um *status* especial na formulação e desenvolvimento das políticas.

Analisando o caso da saúde em fins da década de 80, percebe-se o rápido crescimento das instâncias formais de participação colegiada, abrigadas por um esforço institucional e legal extremamente denso, que mesmo assim não provocou grandes alterações sobre a forma fragmentada e competitiva de mediação de interesses no setor. Estas instâncias tiveram como perspectiva a possibilidade de impor uma certa dose de autocontrole, disciplina e responsabilidade aos grupos de interesse e tornar mais

previsível e solidária a interação entre interesses organizados, o Legislativo e as esferas de governo.

As proposições reformistas não se inibiram em definir formalmente a *participação* destes grupos de interesse, eufemisticamente conhecidos como *usuários*, *prestadores*, *sociedade civil*, *trabalhadores da saúde*, como parceiros para efeito de controle, regulação, formulação, deliberação e mesmo implementação de algumas políticas localizadas.

A estratégia de institucionalização do conflito foi formalizada nos Conselhos de Saúde, propostos para todos os níveis de governo. Os Conselhos buscaram (e buscam) a articulação das estruturas de representação (sindicatos, associações, representações profissionais etc.) diferenciadas do ponto de vista dos interesses e do acesso a benefícios socioeconômicos.

As dificuldades destas estruturas de representação formal expressarem as demandas cooperativas e solidárias parecem ser óbvias visto que na última década a agenda de reivindicações dos grupos fortaleceu aqueles com maior poder de barganha. No caso da saúde, este processo aparece fortemente associado, no que diz respeito à assistência médica, à descontinuidade entre as deliberações destas estruturas de representação nas instâncias formais colegiadas e o conteúdo das negociações dos liderados em outras arenas decisórias particulares, que afetaram duramente o modelo assistencial publicizado e universal proposto pelo projeto de seguridade social. Fortalecendo, no plano da ação dos atores sociais substantivos, as formas de seguro e os serviços próprios das empresas.

Sindicalismo e democracia

Para melhor compreender este veto implícito à agenda universalizante, é necessário, primeiramente, desenvolver certa relativização das interpretações sobre a relação capital/trabalho no país, que permaneceram durante longo tempo calcadas exclusivamente na lógica do corporativismo estatal, ou seja, a tese da provisão antecipada pelo Estado das reivindicações do mundo do trabalho (Buchanan, 1989).

Nesta visão, a formação das políticas públicas que envolvem sindicatos, empresários e burocracia estatal seria hegemonizada pela iniciativa das elites governamentais, não ocorrendo parceria social pela definição tutelar das regras do jogo.

Segundo, é obrigatório rever as interpretações triunfais sobre o pa-

pel das organizações sindicais na construção da democracia no contexto da transição, principalmente em relação à agenda de política social.

No caso, seria aprofundar a sugestão de Leite Lopes (1991), de refletir e reinterpretar as práticas geradas pelas leis sociais sobre a história social do sindicalismo e dos trabalhadores brasileiros para relativizar os estudos gerais e nacionais que formaram um fundo de senso comum sobre este objeto.

Em relação à conjuntura dos anos 70-80, a literatura tendeu a centralizar a atenção apenas no ativismo das demandas sindicais, que tiveram um apelo democrático radical quando se confrontaram com o modelo ditatorial de gestão do aparelho sindical do regime militar (Boito Jr. et al., 1991).

No entanto, pouca ou nenhuma atenção foi dada ao conteúdo substantivo destas demandas que, no campo dos direitos sociais, não se oporiam, na essência, ao figurino da cidadania fragmentada criado nos anos 30, o que pode ratificar o argumento sobre a existência de um hiato entre a força do movimento trabalhador no plano das demandas imediatas e sua insignificância como força propulsora de políticas redistributivas(Almeida,1988:328).

É necessário comentar que o processo de democratização brasileiro no bojo da crise de legitimação do regime militar não interpelou a sociedade sob o ponto de vista da organização dos interesses, apesar de todos os apelos para as saídas pactadas nas repetidas situações de crise.

Por estar centrado no sistema político tradicional e impregnado pela crença tecnocrática na possibilidade de reforma do regime de acumulação "pelo alto", a transição brasileira não problematizou na cultura política as alternativas de concertação e pacto entre atores substantivos para a produção de agenda redistributiva, a exemplo das situações clássicas analisadas por Regini (1984; 1987).

Uma referência clara da centralização da mudança no Estado foi o Plano Cruzado, em meados da década passada, através do qual as elites democratizantes tentavam viabilizar um modelo de política redistributiva.

É cabível relacionar a este modelo de construção das reformas pelo "alto" à compreensão do processo de democratização no país dos anos 80, que assumiu acriticamente a idéia de que é possível produzir mudanças ou arranjos redistributivos sem que atores fundamentais sejam convocados a dramatizar sobre a agenda de ganhos e perdas, como a experiência histórica sugere (Lowi,1964). O encaminhamento da Reforma Sanitária

no Brasil pode ter sido também obstaculizado por esta compreensão restrita das alianças no campo político.

Esta tese é reconhecida por Fiori quando afirma que "os reformistas assumiram a responsabilidade pelas mudanças e acreditaram na possibilidade de reverter um quadro de profunda crise através do simples manejo administrativo, ainda que inovador [do] Estado" (1991:4).

As observações de Teixeira sobre a conjuntura dos anos 80, no auge do Plano Cruzado, exemplificam a crença na possibilidade da mudança a partir da produção de uma agenda administrativa para o setor saúde. Comentando a desarticulação institucional e a precariedade da saúde da população brasileira em meados daquela década dizia a autora:

"No que tange ao governo da Nova República, não se pode esperar dele a transformação deste quadro, já que os espaços ocupados pelas antigas oposições no aparelho estatal de condução da política de saúde foram, até o momento, incapazes de capitanear a mudança necessária."

"Se no campo econômico o projeto governamental parece claro, bem como é visível a vontade política de mudança e os instrumentos necessários à sua implementação, o mesmo não se passa na área social. Há uma recorrência nos discursos políticos à prioridade dada ao social, que não se faz acompanhar por medidas que explicitem qual o caminho a seguir." (Teixeira, 1986:82).

Souza Campos qualificou este movimento de transformação setorial como "uma tentativa de impor reformas "por cima", por intermédio do aparelho estatal, o que requer a participação no governo, seja lá qual for a composição de forças que ele represente." (1988:181). Este autor situou setorialmente as contradições substantivas no processo de transição democrática nas representações que faz o pensamento reformador na saúde da relação entre inovação política e sociedade.

Pelo seu ponto de vista "foram os técnicos envolvidos com o estudo, a administração e o planejamento da atenção médico-sanitária os principais artífices e divulgadores dessa política, a maioria deles pertencentes à burocracia governamental ou às universidades, os que elegeram como principais interlocutores os ocupantes de cargos no poder executivo ou nos esquemas políticos partidários dominantes. Ao contrário de outros países capitalistas, que realizaram reformas na saúde, e nos quais os intelectuais progressistas tiveram que compor-se com o movimento sindical de trabalhadores ou com os partidos apoiados nessa classe, aqui o principal agente das transformações teria sido o "partido sanitário" encastelado

no aparelho estatal e apoiado, evidentemente, por autoridades constituídas." (Souza Campos 1988:182).

Estas observações de Sousa Campos têm validade de atenuar a representação mais simplificada de que teria havido uma Reforma Sanitária no Brasil apoiada em um movimento social clássico. O autor defende que a base social de formulação e sustentação deste movimento de inovação política estava entre sanitaristas, intelectuais progressistas e burocracia pública. Ou seja: a proposição da agenda setorial teve um ponto de partida predominantemente estatal, o que de modo algum a torna uma formulação de menor importância.

A principal restrição na análise do autor é o falso pressuposto de que as organizações de mundo do trabalho, especialmente os sindicatos, já apresentassem neste momento do debate da Reforma Sanitária uma agenda alternativa para a ampliação do direito à saúde.

A nossa investigação sobre a formação da agenda social do sindicalismo nos anos 80 sugere que seja abandonada esta interpretação das relações entre o projeto de reforma, as burocracias governamentais e as organizações de interesses. Implica reconsiderar em que extensão as modalidades de organização de interesses do mundo do trabalho, restauradas no período 70-80, teriam efetivamente soterrado por completo a velha ordem corporativa, viabilizando um "novo sindicalismo".

Sobretudo, perguntar sobre o papel desempenhado por estas organizações de interesse na consolidação de tendências nas políticas sociais setoriais, especialmente a de saúde, que reforçaram pautas excludentes para a organização da assistência.

É fundamental, para compreender a relação do movimento sindical com esta formação do setor saúde, levar em conta que as novas modalidades de organização de interesses e negociação, surgidas na década de 80 e início de 90, deslocaram de fato o lugar do Estado na definição da agenda de direitos sociais e da política salarial e elevaram para um plano central a discussão direta entre sindicato e empresário (Rodrigues, 1992)

O sistema de representação sindical na sociedade brasileira apresentou grandes mudanças ao longo da década de 80, o que reforça em parte a tese da crise da estrutura corporativa. Sem dúvida, a crise do regime militar provocou um progressivo afrouxamento do controle governamental sobre a vida interna dos sindicatos, ascendendo ao comando admistrativo as correntes sindicais reivindicativas e de orientação antigovernamental. Parte dos sindicatos passou a ser utilizada para organizar e dirigir em negociação direta com o empresariado.

A maior expressão deste processo foram as greves de massa do ABC dos anos 1978-1980. Outro marco foi a criação, em 1983, da Central Única dos Trabalhadores (CUT); da Central Geral dos Trabalhadores (CGT), em 1986, e de várias outras subdivisões ao longo da década de 80 e início de 90 (Força Sindical).

Cabe registrar que em 1985 o Ministério do Trabalho suspendeu o controle direto das Delegacias Regionais do Trabalho sobre as eleições sindicais e abandonou a prática de depor as diretorias sindicais que se opusessem à política econômica. Por fim, a Constituição de 1988 aprofundou o processo de liberação ao colocar limites legais à ingerência direta do Estado na gestão dos sindicatos.

Este novo sindicalismo, especialmente aquele vinculado à CUT, apareceu predominantemente associado à defesa da liberdade de formação e atuação sindical, ao fim da contribuição compulsória e ao sindicalismo estruturado pela base, com ênfase nas comissões de fábrica.

A literatura atesta que a reorganização do sindicalismo brasileiro foi operada com grande rapidez e dinamismo. A formação das várias centrais sindicais como também o espaço político que o sindicalismo passou a ocupar na vida política e econômica seriam a comprovação desse novo lugar ocupado na sociedade brasileira.

Contudo, algumas interrogações podem ser dirigidas a estes novos tempos: primeiro, como este trabalho organizatório perderia parte de eficiência política global diante das profundas rivalidades existentes no meio sindical: discrepâncias existentes nas classes assalariadas, agravadas pela entrada na luta trabalhista dos segmentos sociais tradicionalmente de classe média (médicos, engenheiros, professores, funcionários públicos etc.); segundo, as diferenças de compreensão que os atores e os partidos políticos explicitam no plano prático sobre o papel das organizações sindicais na sociedade brasileira, (Rodrigues, 1991).

Apesar das novas formas de negociação direta, a competição entre as centrais sindicais e as orientações ideológicas dos liderados e lideranças estabeleceram também limites à capacidade do movimento sindical transcender a lógica da ação coletiva instrumental e fragmentada. No entanto, estas diferenças não diminuíram a situação privilegiada que estes grupos de interesse assegurariam na estrutura de oportunidades socioeconômicas do país, traduzida no acesso conjuntural diferenciado a benefícios sociais e salariais em relação à população do mercado informal de trabalho ou já afastada do processo produtivo.

A base social desse novo sindicalismo estava, principalmente nas dé-

cadas de 70 e 80, nos sindicatos mais fortes que se concentravam nos setores oligopolizados tanto por razões econômicas quanto político-institucionais (Amadeo & Camargo, 1989). Para estes autores, foram nessas grandes empresas industriais que se concentraram uma imensa parte dos trabalhadores mais qualificados, onde a estrutura do processo produtivo facilitou a organização e onde os sindicatos conseguiram os melhores ganhos salariais e benefícios indiretos, entre os quais os planos de saúde ou a recriação de serviços próprios nas empresas. Foram os ramos que desenvolveram negociações coletivas setoriais favoráveis às demandas dos trabalhadores, mas que tenderam a produzir, no plano macroeconômico, um impacto socialmente danoso na formação dos preços inflacionados desses bens (Amadeo & Camargo, 1989:72-81).

Esfera política e organização de interesses

As relações entre estas estruturas mediadoras da ação coletiva por interesses e o contexto da transição dos anos 80 foram rotuladas corretamente por Werneck Vianna como "revolução dos interesses", emancipada da repressão e da institucionalidade corporativa, mas no entanto, "alheia, quando não hostil, à esfera da política e da opinião", tendendo "na melhor das hipóteses, a um neofabianismo de luta por direitos, omitindo-se da proposição de uma alternativa de reordenação democrática para toda a sociedade".

> *"As lutas por interesses e sua subseqüente radicalização à margem das lutas democráticas gerais importam o efeito inesperado da configuração do padrão privatístico da sociabilidade legado pelo regime autoritário." (Vianna, 1990:9).*

A dificuldade da ação coletiva superar o padrão restrito de organização de interesses contrapôs, na imagem de Werneck Vianna, "um Estado forte a uma sociedade de indivíduos atomizados, sob a mediação de unidades sociais insuladas na agregação e na luta por interesses" (idem).

A análise de Werneck Vianna sobre a fragilidade dos atores sociais incorporarem à problemática da construção da democracia (os interesses da comunidade nacional) é indiretamente ratificada na leitura que faz Leôncio Martins Rodrigues, quando realça aspectos de conduta política "ideológicos" de parte do novo sindicalismo. "A percepção da realidade como dividida em campos inimigos, entre os quais não pode haver com-

promisso, dificulta ao sindicalismo ocupar um espaço no interior do sistema decisório e apresentar propostas que sejam, ao mesmo tempo, exeqüíveis num dado contexto de relação de forças e que avancem além do campo das meras reivindicações defensivas". (Rodrigues, 1990:5).

As observações dos autores podem indicar que, a despeito dos compromissos formais e práticos no plano econômico, com a democratização das relações capital/trabalho, nas políticas setoriais o movimento sindical pode ter produzido uma agenda de demandas extremamente instrumental e defensiva, que potencializou o desenvolvimento de uma oferta diferenciada e estratificada de serviços para segmentos de população trabalhadora de maior poder de barganha. No caso do setor saúde, esta hipótese é comprovável pela completa ausência de pautas mais genéricas que envolvam a redefinição da política.

A organização difusa de demandas, ainda que eficiente na recuperação do poder de negociação dos assalariados na década de 80, bloqueou a elaboração de um projeto político onde os sindicatos aparecessem como parceiros dos demais segmentos da sociedade.

O projeto de universalização, formulado sob o sagrado manto do Estado e omisso em relação à crise da esfera pública no país, teve o mérito de colocar em discussão a perspectiva de uma política redistributiva, o que parece exigir estratégias coletivas solidárias e o caminho da concertação entre os vários interesses que incidem sobre a política pública.

No entanto, a organização de interesses substantivos presentes na arena setorial tomou a via contrária: o recrudescimento da estratificação de clientelas e a diferenciação dos trabalhadores do mercado formal de trabalho, com algum poder de barganha, dos demais segmentos populacionais, reproduzindo-se os mercados diferenciados de acesso à assistência médica típicos do período corporativo.

O papel ambíguo do movimento sindical nesse processo surge como principal problema teórico porque evidencia empiricamente um padrão de demanda pulverizado e insulado, cuja expressão caricata é o chamado "sindicalismo de resultados" patrocinado pela central Força Sindical. De resto, inexiste qualquer elaboração da representação política do mundo do trabalho que demarque uma distanciamento, pelo menos simbólico, diante desta relação da organização sindical com o território das políticas sociais.

Para a compreensão do imaginário sobre a crise das políticas sociais nos anos 80 este é um ponto essencial porque, como sugere Baldwin (1990), a lógica da solidariedade só predominou nas condições históricas

em que determinadas categorias de "perfil atuarial" privilegiado se definiram a favor de decisões redistributivas. Este é o desafio para as organizações que intermediam interesses. É também um obstáculo para a redefinição de "regras, convenções e padrões de justiça" que possam "governar" a interação entre os membros da sociedade e determinar os termos em que a ampliação da cidadania pode ser efetivamente aplicável a todos a despeito da situação de "risco e infortúnio" (Baldwin, 1990:2).

QUADRO 1

TEMAS DAS CLÁUSULAS DE SAÚDE NAS CONVENÇÕES COLETIVAS DE QUATRO SINDICATOS. SÃO PAULO — 1989

Auxílio funeral
Indenização por morte ou invalidez
Complementação do auxílio previdenciário
Estabilidade do acidentado ou doente profissional
Medidas de proteção contra riscos
Acesso do Sindicato a informações sobre acidentes do trabalho
Comissões técnicas paritárias para estudos na área
Fornecimento gratuito de uniforme e EPIs
Fornecimento de água potável
Plantão ambulatorial noturno nas empresas
Abreugrafias pagas pelas empresas
Profissionais do Sesmt: funções exclusivamente preventivas
Fornecimento gratuito de medicamentos aos acidentados
Treinamento e informação aos trabalhadores sobre riscos ambientais
Direito de recusa ao trabalho por risco grave ou iminente
Convênios Médicos
Acesso do trabalhador aos resultados dos exames médicos
Indenização por assalto, morte e doença
Pausa e rodízio em função do ritmo de trabalho aumentado por novas tecnologias
Garantia de remanejamento na empresa para trabalhadores com tenossinovite
Cipas:
— comunicação ao sindicato do calendário de eleição dos membros da Comissão e dos eleitos;
— acompanhamento do processo eleitoral;
— prazo para realização do curso para cipeiros.

QUADRO 2

GRANDE BELO HORIZONTE — CLÁUSULAS REFERENTES À SAÚDE NO TRABALHO NAS PAUTAS PARA NEGOCIAÇÃO COLETIVA DE OITO SINDICATOS 1989/1990

1. Aspectos já definidos na legislação previdenciária(Lei 6.367/76) ou na legislação trabalhista (CLT e Portaria 3.214/78):
— emissão da CAT pela empresa;
— privilegiamento das medidas de proteção coletiva em relação às de proteção individual (item 6.2 da NR-6);
— fornecimento gratuito de uniformes (item 6.2 da NR-6);
— fornecimento ao trabalhador de cópia dos exames médicos e laboratoriais realizados na empresa (item 1.7 da NR-1);
— realização gratuita de exames médicos admissionais, periódicos e demissionais (item 7.1 da NR-1);
— informação aos trabalhadores sobre o risco a que estão expostos em sua função (item 1.7 da NR-1);
— pagamento de adicionais de insalubridade e periculosidade (item 15.2 da NR-15 e NR-16);

2. Aspectos que refletem novas necessidades, identificadas nas ações em defesa da saúde;
— complementação, pelas empresas, do valor do auxílio-acidentário;
— estabilidade no emprego para acidentados do trabalho ou doentes profissionais;
— garantia de remanejamento dos reabilitados para função condizente com seu estado de saúde;
— acesso do assessor da saúde do sindicato às empresas;
— participação do sindicato em perícias dos ambientes de trabalho e em comissões técnicas de saúde;
— acesso a informações sobre saúde: acidentes de trabalho e doenças profissionais na empresa, resultados de avaliações ambientais, plano de trabalho do Sesmt;
— Cipas:
— presidente eleito pelos trabalhadores;
— eleição direta de todos os membros;
— comunicação ao sindicato do desencadeamento do processo eleitoral;
— direito do sindicato de promover o curso de treinamento de cipeiros;
— liberação de carga horária semanal dos cipeiros para atividades preventivas;

— autonomia administrativo-financeira de cipa;
— estabilidade dos cipeiros por dois anos.

3. Aspectos relacionados aos impactos das novas tecnologias sobre a saúde:
— divulgação prévia da implantação de novas tecnologias;
— realização de estudos sobre suas repercussões na saúde;
— redução da jornada de trabalho em funções críticas;
— estabelecimento de pausas durante a jornada;
— pagamento do adicional de penosidade.

Fonte: Diesat. In: Fórum Nacional sobre Segurança e Saúde do Trabalhador no Contrato Coletivo de Trabalho, Brasília, 1993.

QUADRO 3

FATURAMENTO E COBERTURA DA ASSISTÊNCIA PRIVADA AUTÔNOMA (1993)

Tipo	**Faturamento**	**Associados**
Empresas de Medicina de Grupo	US$ 2,1 bilhões	16 milhões
Seguro-Saúde	US$ 778 milhões	5 milhões
Cooperativas de Médicos (UNIMED)	US$ 1,75 bilhão	8,5 milhões
Autogestão	US$ 2 bilhões	8 milhões
Total	US$ 6,628 bilhões	37,5 milhões

Fonte: Ministério da Fazenda e Entidades do Setor, citada por *O Globo*, 21/06/94, p.18.

Referências bibliográficas

ALMEIDA, M. H. T., 1988. Difícil Caminho: Sindicato e Política na Construção da Democracia. In: *A Democracia no Brasil: Dilemas e Perspectivas* (Reis & O'Donnel, orgs.). São Paulo, Vértice.

AMADEO, E. & Camargo, J. M., s.d. Relação entre Capital e Trabalho no Brasil. Perspectivas e Atuação dos Atores Sociais, PUC. (mimeo)

BALDWIN, P., 1990. *The Politics of Social Solidarity. Class Bases of the European Welfare State (1875-1975)*, Cambridge, Cambridge University Press.

BOITO Jr., A. et al., 1991. *O Sindicalismo Brasileiro nos Anos 80*. São Paulo, Paz e Terra.

BUCHANAN, P. G., 1989. Plus Ça Change? A Administração Nacional do Trabalho e a Democracia no Brasil (1985-1987). *Dados*, Rio de Janeiro, Iuperj, vol. 32, nº 1.

CASTRO GOMES, A. de, 1988. *A Invenção do Trabalhismo*, Rio de Janeiro, Iuperj/Vértice.

CASTRO, M.H.G. de, 1989. *Interesses, Organizações e Políticas Sociais*, Nepp/Unicamp, agosto. (mimeo)

CENTRAL ÚNICA DOS TRABALHADORES (CUT), s.d. *I Seminário de Saúde*. Sindicato dos Metalúrgicos de São Bernardo. São Paulo.

______., 1989. *Contrato Coletivo dos Bancários*. São Paulo.

COHN, A., 1989. Caminhos da Reforma Sanitária, *Lua Nova* (19), nov., Cedec/Marco Zero, São Paulo.

CORDEIRO. H.,1991. *Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro, Ayuri Editorial/Abrasco. DATASUS, 1994. Síntese.

DRAIBE, S. M., 1990. *As Políticas Sociais Brasileiras: Diagnóstico e Perspectivas Para a Década de 90*, Brasília, IPEA.

FAVERET, P. & OLIVEIRA, P. J de, 1989. A Universalização Excludente — reflexão sobre a tendência do sistema de saúde. Rio de Janeiro, UFRJ/IEI.

FIORI, J. J., 1991. Democracia e Reformas: Equívocos. Obstáculos e Disjuntivas. Textos para Discussão, Rio de Janeiro, UFRJ/IEI.

LEITE LOPES, J. S., 1991. Lectures savantes d'un Syndicalisme Paradoxal. La Formation de la Classe Ouvriere Brasilienne et le Syndicat Officiel. In: *Genesis* (3), Paris, Mars.

LOWI, T., 1964. American Business, Public Policy, Case Studies and the Political Theory. *World Politics*, 16.

MELLO, M. A. B. C., 1991. Interesses, Atores e Ação Estratégica na Formação de Políticas Sociais: a não-política da Casa Popular (1946-1947). *Revista Brasileira de Ciências Sociais (15)*, Rio de Janeiro, Anpocs.

MENDES, E. V., 1991. *As Políticas de Saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neo-liberal*. Brasília, OPAS. (mimeo)

OFFE, C., 1989. *Capitalismo Desorganizado*. São Paulo, Brasiliense.

REGINI, M., 1987. Social Pacts in Italy. In: *Political Stability and Neo-corporatism, (Ilja Scholten, ed.), London, Sage.*

______., 1984. The Conditions for Political Exchange: how concertation emerged and collapsed in Italy and Great Britain. In: *Order and Conflict in Contemporary Capitalism: studies in political economy of Western Europe Nations* (J. H. Goldthorpe, ed.), Oxford, Claredon Press.

RODRIGUES, L. M., 1990. A Cut e Seus Dois Destinos, *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro.

______., 1991. As Tendências Políticas na Formação das Centrais Sindicais. In Boito Jr. (org.). *Op. Cit.*, São Paulo, Paz & Terra.

______., 1992. A Década dos Trabalhadores, *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro.

SOUSA CAMPOS, G., 1988. A Reforma Sanitária Necessária. *Reforma Sanitária — Itália e Brasil* (Vários autores), São Paulo, Hucitec.

FLEURY TEIXEIRA, S. M. , 1986. Reforma Sanitária: Utopia Inadiável. *Presença* (8), Setembro.

VIANNA, L. W., 19/08/1990. Despotismo e Apartheid Social. *Jornal do Brasil, Rio de Janeiro.*

OUTROS TÍTULOS DA EDITORA FIOCRUZ EM CATÁLOGO*

Estado sem Cidadãos: Seguridade Social na América Latina.
Sônia Fleury, 1994. 249p.

Saúde e Povos Indígenas.
Ricardo Santos e Carlos E.A. Coimbra Jr. (orgs.), 1994. 251p.

Saúde e Doença: um olhar antropológico.
Paulo César Alves e Maria Cecília de Souza Minayo (orgs.), 1994. 174p.

Filosofia, História e Sociologia das Ciências I: abordagens contemporâneas.
Vera Portocarrero (org.), 1994. 268p.

Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica.
Paulo Amarante (org.), 1994. 202p.

Vigilância Alimentar e Nutricional: limitações e interfaces com a rede de saúde.
Inês Rugani R. de Castro, 1995. 108p.

Hanseníase: representações sobre a doença.
Lenita B. Lorena Claro, 1995. 110p.

Oswaldo Cruz: a construção de um mito na ciência brasileira.
Nara Britto, 1995. 111p.

Responsabilidade pela Saúde: aspectos jurídicos, A.
Hélio Pereira Dias, 1995. 68p.

Sistemas de Saúde: continuidades e mudanças.
Paulo M. Buss e Maria Eliana Labra (orgs.), 1995. 259p.

Só Rindo da Saúde.
Catálogo da Exposição Itinerante de mesmo nome, 1995. 52p.

Democracia Inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária brasileira, A.
Silvia Gerschman, 1995. 203p.

Atlas Geografico de las Malformaciones Congenitas en Sudamérica.
Maria da Graça Dutra (org.), 1995. 144p.

Ciência e Saúde na Terra dos Bandeirantes:
a trajetória do Instituto Pasteur de São Paulo no período 1903-1916.
Luiz Antonio Teixeira, 1995. 187p.

Profissões de Saúde: uma abordagem sociológica.
Maria Helena Machado (org.), 1995. 193p.

Recursos Humanos em Saúde no Mercosul.
Organização Pan-Americana da Saúde, 1995. 155p.

Tópicos em Malacologia Médica.
Frederico Simões Barbosa (org.), 1995. 314p.

Agir Comunicativo e Planejamento Social: uma crítica ao enfoque estratégico.
Francisco Javier Uribe Rivera, 1995. 213p.

Metamorfoses do Corpo: uma pedagogia freudiana.
Sherrine Njaine Borges, 1995. 197p.

---

* Por ordem de lançamento/ano